



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Autor: Zemira do Rosário Dinis, N.º 2835

Mindelo, 2016

Trabalho de conclusão de curso apresentado á Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Autor:

Zemira do Rosário Dinis

**Gestão do Acidentado de Trânsito em São Vicente: a pertinência de um
Enfermeiro Urgentista no atendimento pré-hospitalar**

Orientador:

Mestre Carlos Feliciano Soares Almeida

Mindelo, Julho de 2016

Dedicatória

Primeiramente dedico este trabalho aos meus queridos pais António Luiz Dinis e Antónia do Rosário Dinis, pela presença constante na minha vida e pelo incentivo, e também á minha querida avó Francisca Maria Silva Almeida pelo apoio.

Ao meu noivo Jorge Andrade da Rosa que tem sido incansável prestando apoio durante todo esse percurso. Obrigada por tudo.

Às minhas irmãs e os meus Irmãos que são vários, obrigada por apoiarem o meu sonho e nunca me permitir desistir dele.

Á toda a minha família, noivo, amigos, professores, colegas, enfermeiros, pelo apoio durante todo esse tempo, porque sem vocês não chegaria nesta etapa tao importante para mim.

Agradecimento

A oportunidade de render graças se apresenta a cada instante diante de nós. Apesar de ela saltar aos olhos, por vezes nos faltam palavras suficientes para demonstrar o nosso carinho e gratidão às pessoas que fazem parte das nossas vidas. Deste modo, quero agradecer a Deus a razão de eu estar aqui com vida, saúde e motivação para prosseguir ao alvo.

Agradeço as pessoas que sempre estiveram do meu lado durante a minha caminhada e por permitir a conquista de mais um sonho, cada um ao seu modo, fomentou e contribuiu nessa jornada.

Foram muitas as pessoas e instituições que sempre me mostraram prestativas e colaboraram de forma direta e indiretamente na minha formação profissional.

Agradeço o especial apoio, atenção e a dedicação do meu orientador mestre Carlos Almeida pela disponibilidade, incentivo e paciência que teve comigo, e juntamente com a sua esposa Rita Almeida, um modelo a ser seguido.

À professora Elizangela Ramos pelo apoio na realização do trabalho e de igual modo às enfermeiras Suely Reis e Jerícia Duarte pela constante colaboração na realização deste. E à enfermeira Maria do Ceu Amado por acreditar em mim durante todo esse percurso.

À minha irmã Jael do Rosario Dinis, nesse caminhar acadêmico, sempre do meu lado me ajudando e colaborando na realização do trabalho.

Por fim, não podia deixar de expressar um profundo agradecimento, aos Enfermeiros do Serviço de Banco de Urgência do Adulto do Hospital Batista de Sousa, pelo apoio que nos deram durante o desenrolar do ensino clínico, e ainda um especial agradecimento a aqueles enfermeiros que disponibilizaram um pouquinho do seu tempo para participar do meu estudo com as entrevistas e consequente formação profissional.

Não esquecendo da corporação de Bombeiros Municipais de São Vicente e também da Polícia da esquadra de trânsito por colaborar de forma significativa na elaboração deste trabalho.

E é com muita alegria, e emoção que expresso uma grande gratidão a todos quanto participaram na realização deste trabalho, pois sem vocês nada disso seria possível.

Resumo

A incidência dos acidentes de trânsito em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, sendo uma das primeiras causas de morte nos jovens; nos anos 2010 a 2012.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidentes de trânsito, em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, identificando a inserção da enfermagem nesse campo. O trabalho de pesquisa caracteriza-se como um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório.

Durante a sua realização, os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, dirigidas a seis (6) dos enfermeiros do serviço de Banco de Urgência do Adulto do Hospital Batista de Sousa. E Sendo que no atendimento pré-hospitalar em Cabo Verde, temos a participação apenas dos bombeiros e da polícia nacional de trânsito, foram entrevistados, cinco (5) bombeiros do corpo de bombeiros de São Vicente e mais quatro (4) policiais que trabalham na esquadra de trânsito.

Na análise do conteúdo constatou-se que a organização do trabalho no atendimento pré-hospitalar segundo os entrevistados não se efetua de forma interdisciplinar, mas que na visão destes a inserção de enfermagem no ambiente pré-hospitalar seria essencial na prestação de cuidados às vítimas decorrentes de acidente de viação. A relação entre os atores envolvidos nessa abordagem constatou-se que se trata de uma relação muito superficial e que não se chega ao perto do profissionalismo, pelo não uso da linguagem técnica entre estes. E os dados analisados revelam a relevância do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito, mostrando a necessidade de aprofundar conhecimentos nessa área e investir em formações e qualificação dos atores, bem como a estruturação do trabalho baseado em interdisciplinaridade.

Palavras-chave: Enfermagem; Acidentes de Trânsito; Trauma; Atendimento pré-hospitalar; Serviços de Urgência; Acidentado.

Abstract

The incidence of transit accidents in Cabo Verde, adheres to a world general trend, being one of the primarily causes of youth dying during the years of 2010-2012.

This case study aims to characterize the service of pre-hospital to victims of transit accidents' trauma, in São Vicente Island, concerning the occurrences' profile, and identifying nursing insertion in that field. This research has a qualitative, a descriptive and an explorer character.

Throughout the research, data were obtained by interviews half-structured, applied to six (6) nurses from the Adult's Emergency Service at Baptista de Sousa's Hospital. Assuming that the service of pre-hospital in Cabo Verde, we interviewed five (5) firefighters, from the Fire brigade in São Vicente's island, adding four (4) police officers, who work at the Transit's Police Station.

During the content analysis, it was noticed that the work's organization at the service of pre-hospital, according to the interviewed sample, is not accomplished in interdisciplinary ways, however in their opinion, nursing's insertion at the pre-hospital environment would be greatly useful to the victims suffering road accident's first-aids. The relation among the actors at the scene is a superficial one and it does not get close to what is called professionalism, because of the absence of the proper technical language between them. The analyzed data revealed the huge importance of the service to the victims' suffering from transit accident, showing the need to deep the knowledge in that specific area and endow in qualifying these actors, as well as organizing the work in interdisciplinary-based ways.

Keys-words: Nursing, Transit Accidents, Trauma, Pre-hospital's service; Emergency Services; Accident Victims.

Lista de abreviaturas

ABCDE- Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

APH- Atendimento Pré-hospitalar

HBS- Hospital Batista de Sousa

NHF- Necessidades Humanas Fundamentais

NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem

STM- Sistema Triagem de Manchester

ABNT- Associação Brasileira de Normas e Técnicas

RAM- Remoção Aeromédica

EMT- Emergency Medical Technican

SBV- Suporte Básico de Vida

SAV- Suporte Avançado de Vida

SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência

EUA- Estados Unidos de América

UMH- Unidades Móveis Hospitalares

ACLS- Advanced Cardiac Life Support

PHTLS- Pré-hospital Trauma Life Support

ATLS-Advanced Trauma Life Support

BLS- Basic Life Support

MSUB- Medidas de Suporte Vital Básico

MSUA- Medidas de Suporte Vital Avançado

SEM- Sistema de Emergência Médica

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

SU- Serviço de Urgência

M- Masculino

F- Feminino

OMS- Organização Mundial de Saude

DGVSR-Direção Geral de Viação e Segurança Rodoviária

EU- Estados Unidos

INECV- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde

Índice Geral

Introdução	14
Justificativa/ Problemática.....	16
CAPITULO I- ESTADO DE ARTE	24
1.1 Breve historial do atendimento pré-hospitalar	25
1.2 A inserção do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar	26
1.3 O atendimento pré-hospitalar.....	28
1.4 Os Acidentes de trânsito	29
1.5 Fatores contribuintes de acidentes de trânsito	30
1.6 Mecanismo de lesao dos acidentes trânsitos	31
1.6.1 Classificação de traumatismo	33
1.7 Urgência e emergência pré-hospitalar	37
1.8 O Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar: perfil e características	38
1.9 Atendimento pré-hospitalar á vítima de trauma: organização e equipa.....	41
1.10 Organização e equipa	42
1.11 Ambulância do corpo de Bombeiros de São Vicente	44
1.13 Enfermagem.....	45
1.13.1 Necessidades humanas básicas fundamentais afetadas (NHF) de acordo com Virgínia Henderson	45
1.13.2 Diagnóstico de Enfermagem	45
1.14 O enfermeiro na assistência direta á vitima no APH	47
1.15 Gestão e supervisão de enfermagem no atendimento pré-hospitalar.....	50
1.16 Avaliação do doente.....	51
1.16.1 Estabilização.....	52
1.16.2 Estabilização das vias aéreas e respiração.....	53
1.17 O transporte pré-hospitalar do acidentado	54
CAPITULO II- FASE METODOLÓGICO	56
2.1. Fundamentação metodológica	57
2.2 Tipo de estudo.....	57
2.4. Seleção dos participantes	60

2.5 Caraterização da população	62
2.6 Aspetos éticos e legais	63
2.7 Caraterização do Cenário da Investigação	64
CAPITULO III- FASE EMPIRICA	65
3.1 Análise e discursão dos resultados.....	66
Considerações finais	84
Referências Bibliográficas.....	86

Índice de Apêndices

Apêndice I: Guião de entrevista dirigida aos enfermeiros do BUA do HBS.....	94
Apêndice II: Guião de entrevista dirigida aos Bombeiros Municipais de São Vicente.....	95
Apêndice III: Guião de entrevista dirigida aos Policiais de Trânsito.....	96
Apêndice IV- Consentimento Informado.....	97
Apêndice V: Requerimentos.....	98

Índice de Tabelas

Tabela 1: Número de mortes de acidentes de viação em 2010 (por milhão de habitantes)	18
Tabela 2: Casos de atendimento do acidentado de trânsito na urgência do HBS, baseado nos dados estatísticos de 2012-2015.....	21
Tabela 3: Casos de prestação de socorros a vítimas de acidente de trânsito, baseado nos dados estatísticos fornecidos pela corporação de Bombeiros de São Vicente do ano 2015.....	21
Tabela 4: Ocorrências de acidente de trânsito, classificados em atropelamento, colisão e outros, no período de 2012-2015.....	22
Tabela 5: Características do perfil do enfermeiro que atua no APH.....	40
Tabela 6: Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA e as intervenções de enfermagem segundo NIC.....	46
Tabela 7: Características da população do estudo- Bombeiros.....	63
Tabela 8: Conceito sobre o Atendimento pré-hospitalar e o utente com trauma segundo cada participante.....	68
Tabela 9: Recursos humanos e materiais adequados para prestar assistência a um utente com trauma.....	70
Tabela 10: As dificuldades encontradas no atendimento ao acidentado de trânsito com traumas.....	74
Tabela 11: Características da população do estudo- Bombeiros.....	76
Tabela 12: Características da população do estudo- polícias de trânsito.....	81

Índice de Gráfico

Gráfico 1: Número de acidente de viação, ocorridos em São Vicente, segundo os dados do INECV.....	18
Gráfico 2: Número de acidente de viação ocorridos em São Vicente, segundo os dados do INE de Cabo Verde.....	19
Gráfico 3: Evolução do Parque Automóvel em Circulação de Cabo Verde 2006-2015...	20

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem. Trata-se de uma monografia que tem como intuito dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica.

O tema eleito para esta pesquisa é Gestão do Acidentado de Trânsito em São Vicente, a pertinência de um Enfermeiro Urgentista no atendimento pré-hospitalar. Para a realização do trabalho, selecionou-se os enfermeiros do serviço de Banco de Urgência do Adulto do Hospital Baptista de Sousa, pelo atendimento significativo de acidentados de trânsito e por ser o local onde a comunicação entre os atores envolvidos nessa abordagem se desenvolve. E também selecionou-se os bombeiros da corporação de bombeiros de São Vicente e as polícias da esquadra de trânsito de São Vicente, que são os principais atores no APH, visto que em São Vicente não temos enfermeiros a trabalhar neste serviço.

Tendo em conta que é um tema muito pouco explorado e que suscita uma elevada atenção por parte dos profissionais de saúde, achou-se pertinente delinear conhecimentos sobre este assunto. O presente estudo surge da necessidade de aprimorar os cuidados a um acidentado de trânsito, bem como fortalecer a relação entre as equipas envolvidas na abordagem do mesmo, no ambiente pré- hospitalar.

Os acidentes causados por veículo motorizado tem sido preocupante, para os profissionais de saúde e para a sociedade em geral. Tal fato exige das entidades envolvidas um atendimento a vítima o mais precocemente possível e com recursos humanos e materiais, adequados e apropriados a fim de dar resposta a esta situação, minimizando as sequelas e possíveis eventos adversos que possam decorrer tanto do próprio acidente como de uma intervenção inadequada.

Para traçar os objetivos da pesquisa, optou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório de caráter fenomenológica, sendo que o método de recolha de dados foi a entrevista semidirigida, recorrendo a um guião de entrevista semiestruturada e uma observação não participante.

No que tange a estrutura é de frisar que o trabalho encontra-se estruturado em tres capítulos para melhor percepção do tema. Em que no primeiro momento encontra-se a justificativa e a problemática da escolha do tema, com uma breve apresentação e a exposição dos objetivos do trabalho.

O primeiro capítulo corresponde ao estado de arte do estudo, onde faz-se apresentação dos principais conceitos extraídos dos objetivos do trabalho. No segundo capítulo encontra-se a fase metodológica , onde defini-se o metodo científico utilizado, a população alvo da pesquisa, os métodos e instrumentos de colheita de dados, os procedimentos éticos para a sua elaboração e o tratamento dos dados obtidos.

No terceiro e último capítulo compreende-se a fase empirica dando enfase a análise e comunicação dos resultados do estudo. E o percurso desta investigação termina com a apresentação das referencias bibliográficas, Apêndices e requerimentos elaborados, bem como as considerações finais seguido das propostas.

É de realçar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação do trabalho científico proposto pelo Doutor Albertino Graça, no livros Introdução à Investigação Científica: Guia para investigar e redigir publicada no ano 2014.

Justificativa/ Problemática

Os acidentes de trânsito tem sido algo preocupante em Cabo Verde e no mundo, principalmente a população jovem, pelos impactos sociais, económicos e pessoais que provocam.

A escolha da temática desta investigação vai de encontro ao interesse pessoal, académico e ainda profissional. Interesse pessoal pelas experiencias vivenciadas ao longo do percurso académico, e pela motivação despertada durante o desenrolar dos ensinamentos clínicos, assim como pelos conteúdos teóricos aprendidos ao longo da formação académica. Portanto dessas experiencias vivenciadas, como académica de enfermagem foi estimulada a conhecer as atividades do enfermeiro dentro da equipe desse tipo de serviço.

Outro aspeto não menos importante que veio reforçar a escolha da temática em estudo é o interesse profissional, pelo fato de se verificar um aumento da morbimortalidade por acidentes de trânsito ao longo dos tempos, classificado como sendo uma das principais causas de morte e incapacidade física, mundialmente conhecido, bem como em Cabo verde. Em Cabo verde a atuação do profissional tem sido restringida somente á assistência, mas é importante que os Enfermeiros conheçam melhor as outras competências dos mesmos nessa modalidade de atendimento.

O trabalho de pesquisa nasceu com o intuito de estabelecer uma forte relação entre as disciplinas (D): os bombeiros (D1) e os Enfermeiros e Médicos (D2), e os Policiais (D3) na abordagem, do acidentado de trânsito. Também na tentativa de definir a importância da prestação de cuidados pelos enfermeiros no meio pré hospitalar.

A prestação de cuidados a um acidentado de trânsito representa uma urgência e os enfermeiros devem estar capacitados, para atuarem de forma imediata, precisa e sistematizada, porque qualquer demora pode acarretar lesões graves ou mesmo morte. É nessa linha de pensamento que Rodrigues (2002) afirma que:

“ No cuidado emergencial de Enfermagem estima-se a preservação da vida, promovendo a estabilização das funções fisiológicas até que seja providenciado o cuidado definitivo, priorizando-se a revisão das vias aéreas obstruídas, respiração agônica e apneia, inconsciência, ausência de pulsação, reatividade das pupilas comprometidas, habilidades motoras ineficaz, entre outras”.

A investigação demonstra que, os acidentes com viaturas motorizadas constituem a causa isolada de maior relevo em lesões mortais mundialmente conhecido.

Os acidentes de viação representam a mais importante das causas de morte e lesão nos Estados Unidos, com 46.900 casos fatais em 1989, a maioria das quais abrangendo o grupo etário dos 15 aos 24 anos. A investigação tem vindo a demonstrar que, quanto maior for o limite de velocidade, tanto maior é a percentagem de acidentes de viação. (Smith,1994)

E na mesma linha de pensamento, Lazear (2001) relata que “ o traumatismo é a principal causa de morte, nos Estado Unidos, de pessoas até aos 40 anos de idade”. E Urden, Stacy e Lough (2006) reforma a ideia que “o traumatismo é a principal causa de morte nas pessoas de 44 e menos anos de idade e custam aos Estados Unidos centenas de milhar de milhões de dólares, anualmente. É um dos problemas de saúde, mais prementes, mas largamente não reconhecido como tal”.

Portanto, podemos observar que o tema em estudo é mundialmente preocupante, e considerando uma das principais causas de óbitos. De acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde- OMS (2011), 1,3 milhões de pessoas perdem suas vidas anualmente no trânsito e cerca de 50 milhões sobrevivem ferimento ou ficam incapacitados devido acidentes na via pública.

Os dados da OMS apontam que, no caso não for tomado as medidas necessárias, em 2020 o acidente rodoviário se tornará o quarto fator de morte a nível mundial. É de realçar ainda que 90 % dos óbitos provocados por acidentes de trânsito, e lesões ocorrem em países de baixa e média renda.

A incidência dos acidentes de trânsito, em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, fomentada pela índice de mortalidade, onde durante o ano 2010 foi registado 128 mortes por milhão de habitantes, estando á frente de todos os dez (10) países da União Europeia presentes no Europeia presentes na tabela 1, que se segue.

Tabela 1:
Número de mortes de acidentes de viação em 2010 (por milhão de habitantes)

País	Alemanha	Bélgica	Dinamarca	Espanha	França	Grécia	Itália	Luxemburgo	Países Baixos	Portugal	Cabo Verde
Índice Mortalidade	45	75	46	54	62	111	68	64	32	79	128

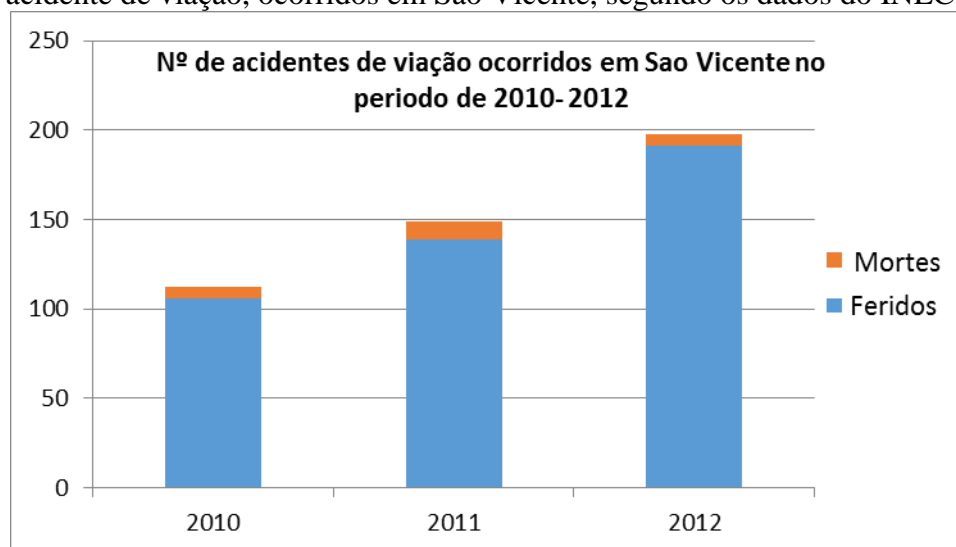
Fonte: Eurostat,2012; INE,2010 e DGTR

Elaboração Própria

Baseado nos dados do INE de Cabo verde (Ministério de Administração Interna) o número de acidentes de viação entre os anos 2010 a 2012 tem aumentado, como apresentado no gráfico (1) que se segue:

Gráfico 1:

Número de acidente de viação, ocorridos em São Vicente, segundo os dados do INECV



Fonte de dados: DGTR

Elaboração própria

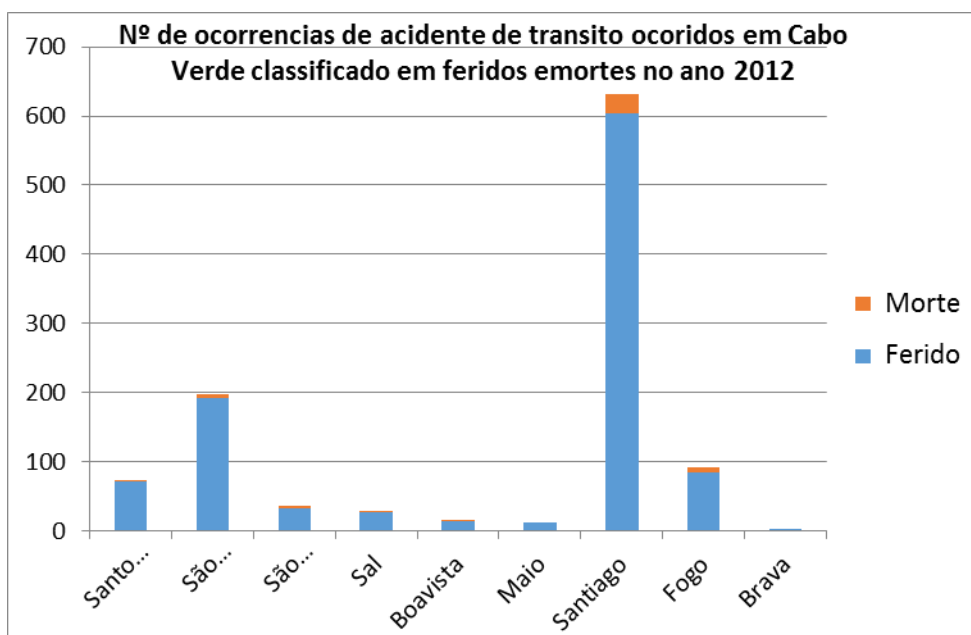
Nesse período registaram nas estradas um total de 11.566 acidentes de viação, das quais resultaram 2.727 feridos e 161 mortos.

Os acidentes têm vindo a acontecer na maioria das ilhas, e este tem afetado muito a população de São Vicente, tendo em conta que se trata de uma ilha com uma população

muito numerosa, chegando a atingir os 79.241 habitantes, da população de Cabo verde, confirmados pelo relatório nacional do Ministério de Saúde do ano 2013.

Em termos de acidente de viação tem-se registado em São Vicente um número significativo de acidentes (gráfico 2):

Gráfico 2:
Número de acidente de viação ocorridos em São Vicente, segundo os dados do INECV



Fonte: DGTR

Elaboração própria

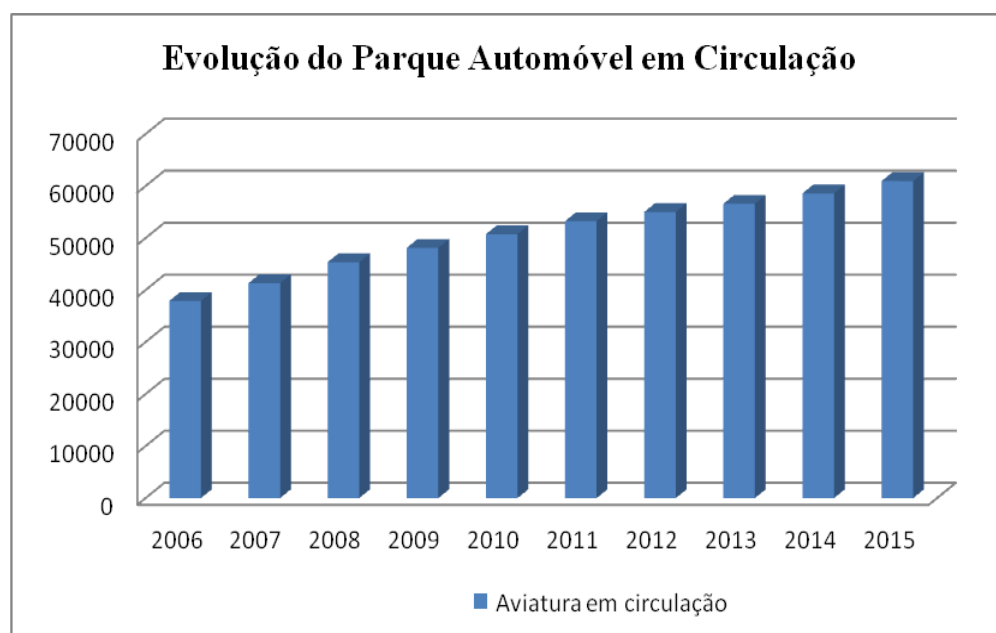
Podemos observar nesse intervalo (2010-2012) a ilha de São Vicente ocupou o segundo lugar no que se refere ao número de acidentados de trânsito em Cabo Verde, onde foram registrados 1.396 acidentados em São Vicente em que resultaram cerca de 436 feridos e 23 óbitos. Mas é de realçar que segundo a INECV, a soma do número de feridos com o número de mortes não correspondem ao total de acidentados, porque nem todos os acidentados de trânsito dão entrada no hospital e daí que não são incluídos nas estatísticas.

Para o enriquecimento da pesquisa, foi colhido dado na Direção Geral de Transporte Rodoviária de São Vicente (Gráfico 1), que segundo dados fornecidos, o Parque Automóvel

de Cabo Verde entre os anos 2006-2015 regista 60.959 (81%) veículos em circulação dos 75.391 veículos acumulado.

Gráfico 3:

Evolução do Parque Automóvel em Circulação de Cabo Verde 2006-2015



Fonte: Elaboração própria

Ainda podemos ver que em relação ao ano 2014, o parque registou um aumento de 4,1%, isto, considerando as novas matriculas e abates registados no período considerado. Portanto regista-se em média um crescimento anual de 5,4%. No parque automóvel de cabo verde.

Portanto quanto maior o número de automóveis a circular, temos maior probabilidade de ocorrências. E então as estruturas de saúde devem atuar na adequação e prevenção de riscos promovendo melhores recursos humanos, para a estabilização e condicionamento de possíveis vítimas.

Sendo que os enfermeiros do serviço de BUA do HBS, um dos atores muito importante no cenário da investigação, foi necessário recolher alguns dados estatísticos relativamente às entradas de acidentados no mesmo. E de acordo com os dados estatísticos recolhidos no referido hospital, no ano 2012 foi o ano em que o serviço de urgência do HBS atendeu maior numero de vitimas de acidente de trânsito chegando atingir os 355 casos, em que 103 (29%) dos casos foram mulheres e 252 (71%), homens.

Nesse período apresentado na tabela 2 que se segue, do ano 2012 para o ano 2015, o número de casos do sexo feminino foram decrescendo. Enquanto em relação ao sexo masculino, no ano 2012, foram registados 252 casos, mas que diminuíram entre os anos 2013 e 2014. Mas podemos observar que houve um aumento de 5% de casos masculinos no ano 2015 em relação a outros anos anteriores.

Tabela 2:

Casos de atendimento do acidentado de trânsito na urgência do HBS, baseado nos dados estatísticos de 2012-2015

Entrada de acidentados de trânsito do HBS					Total	
Ano	Acidentados (numero)		Acidentados (%)		Numero	%
	F	M	F	M		
2012	103	252	29%	71%	355	100%
2013	80	196	29%	71%	276	100%
2014	72	177	29%	71%	249	100%
2015	68	214	24%	76%	282	100%

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta que o atendimento pré-hospitalar em cabo verde é feito pelos bombeiros e policias, essas duas entidades estão incluídas no cenário de investigação. Portanto foi recolhido dados estatísticos, em cada uma das entidades acima descritas, que estão apresentados na tabela 3 que se segue:

Tabela 3

Casos de prestação de socorros a vítimas de acidente de trânsito, baseado nos dados estatísticos fornecidos pela corporação de Bombeiros de São Vicente do ano 2015

Acidentados de trânsito socorridos pelos Bombeiros de São Vicente												Total		
Ano	Meses											Numero	%	
2015	Acidentados (numero e percentagem)													
	Julho				Agosto				Dezembro					
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M
	0	6	0%	100%	5	11	31%	69%	3	3	50%	50%	28	100%

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos dados fornecidos pelo corpo de bombeiros de São Vicente, gostaria de obter os dados estatísticos do período de 2012-2015, de modo a fazer um estudo comparativo, das ocorrências entre as disciplinas envolvidas na abordagem do acidentado de trânsito. Foi selecionado os meses acima citados na tabela, porque são meses com maior circulação de pessoas, visto que coincidem com o período de férias, e épocas mais festivas do ano.

No que tange aos acidentes de trânsito, verifica-se que no mês de Agosto temos maior número de casos que os outros meses, com um registo de 16 acidentados, sendo 5 (31%) mulheres e 11 (68%) homens. E ainda podemos observar que nessa amostra temos em todos os meses, maior percentagem se acidentados sobre a população masculina, e isso se justifica pelo fato dos homens estarem mais exposto a riscos e segundo Brasil (2002), “ a população masculina, além de armas de fogo, está também mais expostas a outros fatores de riscos, como uso de álcool e de drogas”.

E um dado não menos importante foi os dados colhidos pela polícia de trânsito, que serão apresentados na tabela 4 abaixo descrito.

São várias as causas de acidentes, mas dentro deles foi selecionado os atropelamentos e as colisões que acontecem com maior frequência. Os acidentes de trânsito envolvem os atropelamentos, numa proporção de 12% das ocorrências e as colisões, que representam 53% representados na Tabela 4.

Tabela 4:

Ocorrências de acidente de trânsito, classificados em atropelamento, colisão e outros, no período de 2012-2015

Tipos de Acidente	Ano												Total	
	2012			2013			2014			2015			Numero	%
	Julho	Agosto	Dezembro	Julho	Agosto	Dezembro	Julho	Agosto	Dezembro	Julho	Agosto	Dezembro		
Atropelamento	1	11	3	3	3	2	9	4	5	1	1	13	56	12%
Colisão	19	33	33	12	24	18	16	17	17	19	20	20	248	53%
Outros	19	14	12	13	22	7	5	11	17	12	18	11	161	35%
Total	39	58	48	28	49	27	30	32	39	32	39	44	465	100%

Fonte: elaboração própria

Podemos observar que apesar das colisões serem mais frequentes, os acidentes envolvendo pedestres tendem a ser mais graves. As Estatísticas referentes aos acidentes de

trânsito destacam o pedestre, vítima de atropelamento cerca de 40% das mortes, como o elemento mais vulnerável no trânsito (Brasil 2004).

No entanto o problema da investigação é escolhido não só pelo fato do acidente de trânsito constituir uma questão de saúde pública, mas também pela importância da assistência qualificada na abordagem do acidentado de trânsito, na cena do acidente e no transporte até a chegada ao hospital, assegurando que a vítima chega com vida no hospital.

Na tentativa de procurar contribuir para melhoria da assistência á vitima no APH, propôs-se o presente problema de investigação e estudo com o objetivo de conhecer as evidências disponíveis na literatura referenciando as atividades do Enfermeiro no APH, bem como a sua intervenção na redução da morbimortalidade.

Para melhor dar seguimento ao estudo achou-se pertinente a elaboração do seguinte objetivo geral: Caraterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidente de trânsito, na cidade do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências.

E na mesma sequência, para melhor responder ao objetivo geral, traçou-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a importância da enfermagem na estabilização e condicionamento da vítima de acidente de trânsito no pré-hospitalar;
- Identificar as atividades realizadas pela equipa de atendimento á vítima de acidente de trânsito no pré-hospitalar;
- Caraterizar a organização do trabalho e a relação dos atores na abordagem do acidentado de trânsito no pré- hospitalar.

CAPITULO I- ESTADO DE ARTE

Neste capítulo encontra-se expostos conceitos importantes relacionados com a questão em investigação, considerados indispensáveis para a elaboração do mesmo. E dentro destes se destacam: o APH, os atores , a vítima , o trauma , acidente de trânsito, cidade do Mindelo (nºde habitantes) parque automovel, perfil das ocorrências, enfermagem, bombeiros, relação entre atores. E no desenrolar desse capítulo, será enfatizado dois verbos de ação essenciais na prestação de assistência ao politraumatizado que são: estabilização e condicionamento da vítima antes do transporte.

Pelo que a inserção de enfermeiros no APH se trata de um tema muito pouco explorado, torna-se pertinente fazer uma breve historial sobre a origem do atendimento pré-hospitalar no que concerne as atividades dos enfermeiros nesse meio.

1.1 Breve historial do atendimento pré-hospitalar

A primeira tentativa de organização do atendimento médico de urgência às vítimas no local da ocorrência foi colocada em prática pelo cirurgião e chefe militar Dominique Larrey, em 1792, período napoleónico (Lopes e Fernandes,1999).

Larrey, cirurgião de Napoleão, removia os feridos graves em carroças rústicas puxadas por homens ou cavalos e que foram batizados de ambulâncias (da raiz francesa *ambulante*- que deambula) para locais onde os recursos humanos e materiais eram concentrados para o atendimento aos feridos (precursores das unidades de emergências. Os autores afirmam que os franceses julgavam haver menos risco em transportar as vítimas feridas do que arriscar a vida dos escassos médicos das tropas e valorizam o atendimento imediato aos combatentes em busca de melhores resultados finais (Albino e Riggensbach, 2004).

Na mesma linha de pensamento Merlo (2009), relata que ainda no século XVIII, os primórdios do atendimento a urgência e emergência foram durante as grandes guerras do período napoleónico, quando em 1792 o cirurgião de Grande Armada de Napoleão Bonaparte idealizou uma “ ambulância” (uma carroça puxada por cavalos), Baron Dominique Jean Larrey, deu início aos cuidados dos soldados feridos, os quais eram transportados em carroças de tração animal para lugares longe dos campos de batalha onde recebiam os primeiros atendimentos pelos militares médicos. So durante as guerras do

Vietnã e da Coréia é que aparece a figura do enfermeiro no APH prestando atendimento aos feridos.

Naquela época Dr. Dominique desenvolveu alguns princípios de atendimento de urgência usados até hoje como: rápido acesso ao paciente por profissional treinado, tratamento e estabilização no campo de batalha, rápido transporte aos hospitais de campanhas com apropriados cuidados médicos durante o transporte. Essa experiência desenvolvida pelo cirurgião alastrou-se para as outras guerras que serviram de alavanca para o desenvolvimento do atendimento ao traumatizado (Retka,2005).

A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX, tempos depois, no mesmo século, os combatentes receberam treinamento de primeiros socorros a fim de prestar atendimento a seus colegas logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha. As vítimas também recebiam os cuidados durante o transporte até ao hospital de guerra (Ramos e Sanna, 2005).

1.2 A inserção do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar

Em 1955 na França surgiram as primeiras equipes móveis de APH, somente em 1968 nasceu o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), já nos moldes do funcionamento que ocorre hoje. Em 1989, São Paulo foi a primeira cidade a implantar o serviço no Brasil com o Projeto Resgate, no Rio de Janeiro, na mesma época nasceu o grupo de Emergência do Corpo de Bombeiros, em Porto Alegre a implantação do SAMU se deu em 1995, através de um termo de cooperação técnica com a França. Estado Unidos de América (EUA) e França até hoje são as referências mundiais em APH, uma vez que possuem um sistema mais desenvolvido nos quais os enfermeiros tem sua função consolidada e reconhecida em seus sistemas de atendimento (Ramos & Sanna, 2005).

A história do SAMU da França inicia-se, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim, foi constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a

importância de participação médica no local, com objetivos de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação de ventilação, respiração e circulação adequadas (Lopes e Fernandes, 1999).

Em 1965, criaram oficialmente os Serviços Moveis de Urgência e Reanimação (SMUR), dispondo agora Unidades Moveis Hospitalares (UMH). O SAMU, nasceu com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987.

Durante a Guerra da Coreia, em 1950, confirmou-se o conhecimento por parte dos militares sobre a importância da atuação das *flight nurses* na assistência durante a remoção dos feridos, pois a presença desses profissionais na região de conflito era obrigatória, contribuindo no transporte de 10.000 militares feridos em helicópteros da Marinha.

Gentil (1997) e Rocha et al. (2003) descrevem as *flight nurses* como Enfermeiras especializadas em resgate e remoção aeromedica de vítimas e que, atualmente são chamados Enfermeiras de bordo.

Podemos ver que durante as Guerras Mundiais, os Enfermeiros tiveram sempre “do lado” dos Militares, prestando assistência aos feridos, sendo assim denominados nessa época como *flight nurses*.

Ramos e Sanna (2005) relatam em seu estudos que a atuação da enfermeira em momentos históricos importantes como as Guerras Mundiais e outras guerras entre nações, e a criação de Projetos como o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro e o Projeto Resgate em São Paulo, foram decisivos para a inserção dessa profissional no APH, porém, os autores ressaltam que essa ênfase ficou limitada ao início da criação dessa modalidade de atendimento e que ao longo dos anos, sua atuação restringiu-se à assistência, afastando-a do gerenciamento das atividades de enfermagem e do desenvolvimento de ações educativas.

Ao longo da história, a Enfermagem teve participação marcante na prestação de socorro, no atendimento inicial e resgate de doentes e feridos de guerra (Romanzini e Bock, 2010). De acordo com o estudo de Padilha e Mância (2005), a participação da italiana Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem moderna, na Guerra da Crimeia, em 1854,

juntamente com 38 mulheres, irmãs de caridade anglicanas e católicas, reduziu os índices de mortalidade local de 40% para 2%, ao organizar um hospital para atender 4.000 soldados internos.

1.3 O atendimento pré-hospitalar

Consideramos que o atendimento pré-hospitalar é toda e qualquer assistência realizada direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada á solicitação a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e / ou minimização das sequelas (Lopes e Fernandes, 1999).

O APH congrega profissionais de varias áreas, de diferentes formações e saberes. No dizer de Ciconet (2008):

“ A formação de profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar carece de preparação específica, pois este é um tema relativamente novo nesse meio e pouco enfatizado nos cursos de graduação (medicina e Enfermagem) e de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) ”.

Em todo o mundo, na tentativa de diminuir os custos sociais e aprimorar o cuidado as vítimas, inúmeras tecnologias tem sido incorporadas ao atendimento do politraumatizado, no entanto, nem sempre é possível evidenciar o real impacto do atendimento na sobrevivência das vítimas, pois muitos fatores concorrem para esse resultado (Malvestio e Sousa, 2008).

A finalidade do APH na assistência a pessoa que sofreu acidente, é mantê-la viva até a chegada ao local onde será possível curá-la, diminuir as sequelas, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo sua própria vida. Considerando que o objeto de trabalho é pessoa vítima de trauma e o tempo para cumprir com sua finalidade é extremamente curto torna-se necessário uma organização do trabalho no APH fundamentado no trabalho em equipa (Pereira e Lima 2009).

Ainda os autores Thomaz e Lima (2000) retratam que a morte decorrente de trauma obedece a uma distribuição trimodal. O primeiro pico, morte imediata, ocorre nos trinta

minutos, o segundo pico, morte precoce, corresponde a que acontece nas primeiras horas após o trauma, chamado de hora de ouro do traumatizado.

A avaliação da gravidade do trauma e a instituição de manobras para manutenção básica da vida, no local do evento, podem representar a oportunidade de sobrevivência para as vítimas até a sua chegada ao hospital. Além disso, nessa fase, por meio do processo de triagem, torna-se possível a adequação de recursos humanos e materiais às reais necessidades da vítima, podendo, desta forma, exercer influência nas taxas de morbidade e mortalidade para tal, é necessário a existência de serviços de atendimento pré-hospitalar (Whitaker et al. 1998).

Todavia a atuação do enfermeiro não se restringe apenas à assistência direta, já que o enfermeiro, neste sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência e fora do ambiente hospitalar, também desenvolve atividades educativas como instrutor, participando na revisão dos protocolos de atendimento, elaborando material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades de acidentes de grande proporções (Ramos e Sanna, 2005).

1.4 Os Acidentes de trânsito

Os acidentes são eventos raros, apesar de que do ponto de vista social tendem a aparecer frequente. Eles são imprevisíveis em relação ao local e a hora.

Os termos acidente e acidente de trânsito possuem diferentes conceitos de autor para autor, e de país para país. Para a Abnt (1989) acidente de trânsito é:

“Todo evento não premeditado de que resulte dano em veículo ou na sua carga e / ou lesões em pessoas e / ou animais, em que pelo menos uma das partes está em movimentos nas vias terrestres ou aéreas ao público. Pode originar-se, terminar ou envolver veículos parcialmente na via pública.”

Filócomo et al. (2001) apontam que os acidentes são injúrias não intencionais causadas pela transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica, ou química, de um corpo a outro ocasionando danos até a morte. Estes podem ocorrer no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como no trabalho, no trânsito, na escola, nos esportes e no lazer.

Essas informações vem acompanhadas da análise do perfil e das características da população vítima do trauma que na ampla faixa etária dos cinco aos 39 anos de idade tem as causas extremas como o primeiro lugar como causa da morte.

A dificuldade de estudar acidentes está diretamente ligada ao fato do acidente ser um acontecimento imprevisível, somente observável após sua ocorrência e não reproduzível para estudos científicos. Além disto, as causas dos acidentes podem estar relacionadas a diversos fatores contribuintes, aliada a circunstâncias aleatórias, torna árdua a tarefa de escolher medidas realmente eficazes na redução dos acidentes e seus danos (Brandão, 2006).

Para que possamos ter uma redução no número de acidentes há que haver pesquisas especializadas para cada intervenção, seja ela do Médico, Enfermeiros ou outro profissional. É conhecendo e analisando os acidentes que teremos um trabalho com eficiência.

Na língua inglesa o termo *accident* é pouco utilizado, pois pode ser interpretado como algo inevitável, imprevisível ou que não pode ser prevenido. Já no Brasil, o termo acidente de trânsito é usado com o sentido de um evento que pode ser previsto e, portanto, evitados (Sousa et al., 2007).

Um pré-requisito para o progresso da segurança no trânsito é a determinação da situação atual e a identificação dos fatores associados aos acidentes. Para tanto, a disponibilidade de uma base de dados de acidentes abrangente e confiável é importante para a compreensão das causas dos acidentes, dos padrões de acidente, da identificação dos riscos e para o desenvolvimento e escolha de medidas preventivas (Luoma & Sivak, 2007).

1.5 Fatores contribuintes de acidentes de trânsito

Os acidentes de trânsito, normalmente tem vários fatores contribuintes para a sua ocorrência. A velocidade incompatível aparece como fator contribuinte principalmente em muitos acidentes, no entanto outros fatores como características geométricas desfavoráveis, passíveis de correção, podem ser o foco de intervenção e a correção destas características da via resultaria em redução de acidentes mesmo sem a redução na velocidade por parte dos usuários (Lima et al., 2008). Levando em consideração que os acidentes possuem mais de

um fator contribuinte, a eliminação de qualquer um dos fatores pode reduzir a probabilidade de ocorrer o acidente (França,2003).

Os fatores contribuintes para acidentes geralmente são agrupados em (Naing et al., 2007; Brasil, 2006):

- Fatores humanos, relacionados ao comportamento e ações das pessoas;
- Fatores veiculares, relacionados aos veículos seja seu desenho ou falha mecânica;
- Fatores viário-ambientais, relacionados á via ou meio ambiente na qual está inserida;
- Fatores institucionais, relacionados às leis, modo de fiscalização e ao investimento em transporte e segurança.

1.6 Mecanismo de lesao dos acidentes trânsitos

(Lazaer,2001), define lesão como sendo “ofensa corporal ou dano infligido a uma pessoa. Sempre que uma fonte de energia incontrolável ou aguda entra em contacto com o corpo, e este não tem condições de suportar a exposição a essa mesma energia aguda, dá-se a lesão”.

Para cada tipo de lesão, a gravidade da mesma, depende do agente do ferimento. E no dizer de Porcides (2006), “todo ferimento potencialmente presente deve ser investigado, tendo em vista o mecanismo de trauma em questão”.

Freire (2001) define traumatismo como “o conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico, de etiológica, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas em vários segmentos corpóreos “.

Segundo (Lazaer,2001),” o traumatismo é a causa mais frequente de morte em crianças e adultos até aos 45 anos. Os elevados custos sociais e financeiros, que estão associados ás lesões traumáticas, fazem do traumatismo um problema de saúde publica de maior importância nos Estados Unidos (EU)”.

Segundo o mesmo autor o traumatismo também é a principal causa de perda de anos de trabalho, porquanto é a população mais jovem a mais afetada. Está presentemente reconhecido como um processo patológico, em que o mecanismo de lesão fazem parte da etiologia. E é essencial que o profissional de saúde possua sólidos conhecimentos da avaliação, porquanto o tratamento de doente com traumatismos está dependente da

localização de todas as lesões. Infelizmente, mesmo com conhecimentos sólidos, há lesões que não são detetadas se o “grau de suspeita” não for suficiente. Presar cuidados de traumatologia, sem conhecer ou identificar o mecanismo que produz as lesões, não é uma boa prática (Ibidem).

Porcides (2006), realça que :

“Cada vítima aparenta ter suas próprias apresentações de lesões, mas na verdade muitos pacientes possuem métodos de traumatismos. Os conhecimentos destes mecanismos de lesão permitirão ao médico e socorrista um rápido diagnóstico ou pelo menos a suspeita das lesões através de métodos usuais”.

E na mesma linha de pensamento (Lazaer, 2001), diz que conhecer os mecanismos de lesão, juntamente com um elevado grau de suspeita, permite ao prestador de cuidados, prever e localizar lesões encobertas, com maior rapidez, e não perder tempo em instituir o tratamento essencial. Deve considerar-se que existe lesão até que esta possibilidade seja definitivamente afastada, no hospital”. E Urden, Stacy e Lough (2006) reforça a ideia que “o conhecimento do mecanismo da lesão ajuda os profissionais de saúde a antecipar e prever as potenciais lesões internas”.

A taxa elevada de lesões na faixa etária entre os 15 a 24 anos pode dever-se à experimentação das drogas e do álcool, aliada à falta de bom senso. É nos idosos (≥ 75 anos) que se regista a taxa de mortalidade mais elevada por lesão associada a estados clínicos já existentes. O álcool é um dos fatores principais em todos os tipos de traumatismo, incluindo acidente de trânsito (...). Ele aumenta a gravidade da lesão e provoca, ou contribui para ocorrências geradoras de lesão (Lazaer, 2001).

Atualmente, o trauma está sendo visto como o mal do século, representando um grande problema de ordem socioeconómica que acompanha o homem desde suas origens. É um reflexo da evolução da humanidade e o problema de saúde mais antigo que o homem tem sido vítima. Constitui uma doença multissistêmica de caráter endêmico na sociedade moderna (Freire, 2001)

Taricco e Manreza (2001) reforçam a ideia que a evolução da sociedade proporcionou maior exposição do homem às lesões traumáticas, principalmente nos centros urbanos e nas estradas que ligam estes centros, sendo que fatores sociais urbanísticos e tecnológicos contribuem para este cenário. Como exemplo, podemos citar as altas velocidades

alcançadas pelos veículos, a alta concentração populacional dos centros urbanos, precariedade e não obediência as medidas de segurança, características relacionadas ao baixo nível sociocultural e económico associado ao alcoolismo.

Portanto a prevenção é a melhor conduta para esta nova realidade, porem temos que postar na sensibilização da população e dos diversos segmentos da sociedade, e tomar algumas medidas mostram-se eficazes, como a criação dos serviços de atendimento pré-hospitalar.

Todos os acidentes acontecem num cenário e o autor (Lazaer,2001) define a cinemática como “o processo pelo qual se observa um acidente e se conclui quais as lesões possíveis de ocorrer, face às forças e ao movimento envolvido”. E Porcides (2006) reforça a ideia que a cinemática do trauma “é o processo de análise e avaliação da cena do acidente, com o escopo de se estabelecer um diagnóstico o mais precoce possível das lesões resultantes da energia, força e movimentos envolvidos”.

1.6.1 Classificação de traumatismo

Segundo o autor (Lazaer,2001), traumatismo pode ser classificado como penetrante e não penetrante.

O traumatismo penetrante é definido como:

“o traumatismo que provoca uma solução de descontinuidade da pele, que fica em contacto com exterior. A lesão é condicionada pela velocidade do agente de ferimento e pelas estruturas subjacentes que são lesadas”, enquanto traumatismo não penetrante “não há contacto com o exterior, as lesões são menos visíveis, logo, mais difícil se torna prever a sua extensão”.

Traumatismo não- penetrante é uma lesão em que a pele não apresenta solução de descontinuidade nem há contacto com o ambiente exterior. É difícil fazer um diagnóstico definitivo do traumatismo não- penetrante, e a extensão das lesões é menos visível do que as penetrantes; estas lesões podem, no entanto, constituir maior risco de vida.

No acidente de viação, uma das maneiras de calcular as lesões consiste em observar o veículo. Dado que tal não é possível na urgência, o enfermeiro deve informar-se sobre danos no veículo, junto dos prestadores de cuidados pré – hospitalares. Existem prestadores de serviço de emergência médica que fotografam o veículo, o que permite ao pessoal

hospitalar ver os danos em primeira mão. Nestes casos, a fotografia que mostra os mecanismos de lesão é integrada no processo médico (Ibidem).

1.6.2 Tipologia das lesões em função das características dos acidentes

Colisão frontal- esta, ocorre quando a frente do veículo embate contra outro objeto. A primeira colisão tem como consequência danos na parte dianteira. Quanto mais graves forem os danos, e maior a velocidade a que o veículo se deslocava, maior é a probabilidade de vítimas com lesões graves, dado o elevado nível de energia envolvida (Lazaer, 2001).

E segundo Porcides (2006):

“quando a cabeça colide contra o para-brisa geralmente, ocorrem ferimentos corto-contuso em crânio e face, com possíveis lesões nos olhos, o crânio pode ser ainda comprimido e fraturado ocorrendo penetração de fragmentos ósseo no cérebro. A coluna cervical sofre uma violenta compressão podendo ser angulada além de seus limites anatómicos, podendo sofrer luxações e/ou ruturas de vértebras com consequentes lesões aos tecidos moles do pescoço e medula espinhal”.

E o mesmo autor acrescenta que “com o embate da cabeça também pode ocorrer lesão da coluna cervical. O especto de teia de aranha do para-brisas partido aponta para a possibilidade de lesão da coluna cervical. Se os prestadores de cuidados pré- hospitalares referirem este especto do pára – brisas, os profissionais de saúde devem suspeitar de lesão oculta da coluna”

No dizer de Porcides (2006):

“durante uma colisão, o movimento do corpo é suspenso, mas os órgãos da cavidade torácica e abdominal tendem a continuar o movimento para frente, estando sujeitos a se romperem no ponto onde estão ligados à parede torácica e abdominal. Com o aumento da pressão no abdómen, pode haver ruptura do diafragma”.

Mas ainda Porcides (2006) diz que nas colisões frontais, o joelho também é afetado “quando o ocupante do veículo continua o movimento para a frente e para baixo depois que

o carro para, o impacto do joelho contra o painel do veículo resulta em sua fratura ou luxação, com lesão de vasos”

Colisão traseira- verifica-se colisão traseira quando um objeto imóvel, ou a deslocar-se a baixa velocidade, é atingido por outro pela retaguarda. O impacto inicial faz acelerar o veículo, que se desloca a menor velocidade ou que está parado, e pode levá-lo a uma colisão frontal. Com a aceleração brusca do veículo, pode ocorrer hiperextensão do pescoço, especialmente se os apoios de cabeça não estiverem devidamente colocados. Também é frequente verificar-se rotura e distensão dos ligamentos do pescoço (Lazaer,2001).

Na mesma linha de pensamento Porcides diz que:

“ se o veículo parado ou que se desloca lentamente sofre colisão na parte traseira, a energia do impacto provoca aceleração rápida e o Inça á frente, assim como tudo o que está em cantato com ela. se não houver apoio para a cabeça, pode acontecer a hiperextensão do pescoço e o risco de lesão na medula espinhal. Com o veículo sofre dois tipos de impacto (frontal e traseiro), o socorrista ficará atento a essa possibilidade e, na cena do acidente, buscará as lesões relacionadas aos dois tipos de situação”.

Se o veículo embater noutro objeto, ou for abrandado por travagem do condutor, ocorre uma rápida desaceleração para frente. Assim, o acidente envolve dois pontos de colisão, traseira e frontal, o que aumenta a probabilidade de lesão dos ocupantes. Há que fazer a avaliação das lesões dos ocupantes. Há que fazer a avaliação das lesões de cada mecanismo (Lazaer,2001).

Colisão lateral- na colisão lateral, grande parte das lesões dependem da deformação do veículo, consoante estes fique imóvel ou se desloque do local do impacto. Se o veículo permanece no local, a energia é convertida em danos no veículo, em vez de energia de movimento. Os traumatismos dos ocupantes podem ser tanto mais graves se houver irrupção no interior do habitáculo (Ibidem).

Porcides (2006) reforça a ideia dizendo que:

“o veículo sofre colisão na sua lateral, causando deslocamento no sentido do impacto. Toda a lataria do veículo é lançada sobre o lado do ocupante, que sofrerá lesões por duas maneiras: pelo movimento do carro- lesão bem-discreta se o passageiro estiver com o cinto de segurança; e pela projeção da porta para o interior, comprimindo o passageiro”.

Nas colisões laterais, geralmente, os ocupantes sofrem grande parte de lesões no lado do corpo correspondente ao lado do impacto do veículo. Se no veículo se encontrarem mais do que uma pessoa, pode ainda ocorrer colisão entre elas. A cabeça e os ombros de outro. Sempre que um doente apresente lesões no lado oposto ao da colisão, os prestadores de cuidados devem fazer a avaliação do outro ocupante quanto a lesões que possam ter ligação com aquelas (Lazaer,2001).

E o mesmo autor define a **colisão com rotação** como “ quando um veículo colide de canto com outro que esteja estacionado ou se desloque em sentido contrario, ou a menor velocidade, dá-se a colisão com rotação. A parte atingida do segundo automóvel pára o seu movimento de avanço, enquanto a parte restante do veículo roda até que toda a energia seja transferida. Ao dar-se a colisão, o memento de avanço do ocupante prossegue até embater no lado do automóvel, quando este começa a girar. As lesões resultantes deste tipo de colisão são a combinação das que ocorrem em colisões frontais e laterais”.

Capotagem do veículo- num capotamento, o carro sofre uma serie de impactos e diferentes ângulos, assim como os ocupantes do veículo e seus órgãos internos. Assim, todos os tipos de ferimentos mencionados anteriormente podem ser esperados, além da probabilidade de trauma de coluna vertebral. Se as vitimas forem ejetadas do veículo (por estarem sem cinto de segurança), a situação geralmente é grave (Porcides, 2006).

E no mesmo raciocínio, (Lazaer,2001), diz que: “a capotagem ocorre quando o automóvel se vira, no sentido do comprimento ou de lado. Na capotagem, por vezes, é difícil prever as lesões. É frequente os ocupantes apresentarem lesões na região do corpo correspondente ao lado onde se verificam os danos no veículo”

1.7 Urgência e emergência pré-hospitalar

Tendo em conta o tema abordado torna-se pertinente referenciar nesse trabalho o conceito de urgência e emergência para uma melhor compreensão do mesmo.

A urgência é definida por Rey (s/a) in Mateus, (2007), como uma “ situação que exige uma ação ou tratamento médico ou cirúrgico imediato ou em prazo muito curto”.

As urgências indicam uma necessidade imediata ou pressa, situação que exige prioridade. É neste sentido que Sobral et al (2013) afirmam que “ o enfermeiro e sua equipe devem inserir na realidade dos setores de Urgência e Emergência uma atenção diferenciada ao paciente dessas unidades, adotando uma postura eficiente e atenciosa a fim de que lhe seja oferecido um ambiente propício á sua recuperação”.

A urgência ainda não se constitui como especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada á área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito á capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda, a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional, e influencia dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores a qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar (Silva, 2010).

Já a emergência é definida por Santos, Canetti, Santos, Junior e Alvarez (1999), como: “ Uma propriedade que uma dada situação assume quando um conjunto de circunstancias a modifica. (...) Assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um utente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo”.

Os procedimentos de atendimento a vítimas seguem, segundo Dalcin e Cavazzola (2005), “ os protocolos estabelecidos que preconizam prioritariamente a liberação das vias aéreas com controlo cervical, imobilização da vítima; controle de hemorragias, avaliação neurológica e controle da hipotermia, provendo atendimento e transporte adequado ao serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do sistema Estadual de urgência e emergência.

No dizer de Oliveira e Noreia (2010):

“a unidade de emergência é caracterizada pelo fluxo intenso de pessoas que circulam nessa área, em razão da relatividade dos pacientes que procuram o serviço devido a gravidade das condições em que se encontra, motivadas por trauma, afeções não traumáticas, alterações de comportamento, entre outros”.

Então podemos ver que o atendimento pré-hospitalar envolve importantes fatores que dão maior segurança e garantia de sobrevivência, como, por exemplo, o atendimento precoce e qualificado e o encaminhamento rápido e seguro para o hospital.

E o mesmo autor refere que “dentre os principais fatores, ainda deve-se destacar a segurança da cena e da equipa de atendimento e a denominada “*golden hour*” (hora de ouro)”. A hora de ouro no meu entender, significa que a vítima precisa estar no centro hospitalar para tratamento definitivo dentro da primeira hora após o evento, levando-se em conta que a vítima já tenha recebido os primeiros cuidados nos primeiros minutos após o acidente.

Outra condição importante para garantir a eficácia do APH, é a remoção da vítima, que deve ser feita com recursos adequados dentro de uma estabilidade hemodinâmica, em um atendimento por unidade de suporte básico ou avançado, segundo sua gravidade.

1.8 O Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar: perfil e características

Enfermeiro: profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar Móvel, conforme os termos deste regulamento, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipa.

Competências/atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipa no atendimento pré-hospitalar móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar

cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida; e ao recém nato; realizar partos sem distócica; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controlo de qualidade do serviço na aspetos inerentes á sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipa; obedecer a Lei do exercício Profissional e o código de ética de enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual ou com equipamentos de vítimas de locais por onde ela não pode sair por meios próprios (Portaria nº2048/GM de 5 de novembro de 2002).

Os autores Thomaz & Lima (2000) acreditam que são necessários, no mínimo, três anos de atuação na área de urgência e emergência para que o profissional consiga adquirir agilidade e a destreza necessárias em determinadas situações e procedimentos. O preparo insuficiente e inexperiência dos recém-ingressos no APH são citados como experiencias negativas na pesquisa de Romanzini & Bock (2010), aliados ás falhas de comunicação e quando a equipe chega ao local da ocorrência e a vitima já está morta. Os autores afirmam que quando a equipa está integrada, não ocorrem falhas significativas e o atendimento é realizado adequadamente, mesmo quando não se consegue salvar uma vida.

Portanto podemos ver que os autores são unânimes ao concluir que o APH exige muito mais que um diploma, pois a familiaridade com as situações atendidas por esse tipo de serviço e a constante atualização nos conhecimentos são essenciais para que o enfermeiro consiga desempenhar suas atividades e contribuir com os colega durante as ocorrências.

Quanto às características do perfil básicas do enfermeiro para trabalhar no APH, encontrou-se semelhanças nas descrições feitas pelos autores nos estudos analisados, conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5
Caraterísticas do perfil do enfermeiro que atua no APH.

Autores	Perfil / Características
Thomaz & Lima (2000); Ramos & Sanna (2005); Romanzini & Bock (2010); Avelar & Paiva (2010)	Formação; Experiencia profissional; Habilidade técnica.
Thomaz & Lima (2000); Ramos & Sanna (2005);	Autocontrole e equilíbrio emocional; Capacidade física e mental; Capacidade de lidar com estresse; Capacidade de trabalhar em equipa.
Avelar & Paiva (2010); Bueno & Bernardes (2010); Romanzini & Bock (2010);	Capacitação periódica- estar sempre se aperfeiçoando.
Thomaz & Lima (2000); Ramos & Sanna (2005); Avelar & Paiva (2010)	Objetividade- definição de prioridades Tomada de decisões imediata.
Romanzini & Bock (2010)	Capacidade de liderança e gerenciamento.
Avelar & Paiva (2010)	Gostar de trabalhar com urgência; Demonstrar dedicação e compromisso com serviço; Adaptar-se às adversidades e aos diferentes locais de atendimento e com os colegas de trabalho; Profissional solitário.

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela acima citado, quatro dos artigos analisados, afirmam que formação, experiencia profissional e habilidade técnica são caraterísticas fundamentais do enfermeiro que atua no APH. Ramos e Sanna (2005) afirmam que “ os cursos de especialização específicos para APH se iniciaram recentemente no Brasil, o que significa que ainda existem poucas instituições que oferecem esse tipo de aperfeiçoamento aos profissionais de enfermagem. E no dizer de Romanzini e Bock (2010) “os enfermeiros tem buscado cursos e treinamentos como *Advanced Cardiac Life Support* (ACTLS), o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), o *Pré hospital Trauma Life Support* (PHTLS) e

até mesmo o *Basic Life Support* (BLS), a fim de atualizar e aprimorar seus conhecimentos e de desenvolver habilidades técnicas necessárias ao APH. O domínio das técnicas permite com que o profissional possa agir rapidamente, pois já está treinado quanto á sequencia das ações a serem executadas.

A experiencia profissional é apontada pelo autores como fundamental para auxiliar o enfermeiro que ingressa no APH. A adaptação a um novo e diferente ambiente de trabalho somado ás situações enfrentadas durante os atendimentos podem ser amenizadas pela experiencia prévia na área de urgência e emergência, mas nas vivencias anteriores, no atendimento intra-hospitalar, também são válidas no desempenho da função, especialmente quando não se recebe preparo prévio para atuar no pré-hospitalar (Avelar & Paiva, 2010; Ramos & Sanna, 2005; Romanzini & Bock 2010; Thomaz & Lima 2000).

Quanto ás capacidade mentais e de relacionamento do enfermeiro, três estudos apontam que esse profissional deve saber trabalhar em equipa, tanto com a sua, quanto com outras que dão suporte ao serviço de APH, como policiais, corpo bombeiros e agentes de trânsito. Os autores citam também que a capacidade de lidar com as situações estressantes do cotidiano é importante para que o enfermeiro consiga desenvolver as suas atividades.

1.9 Atendimento pré-hospitalar á vítima de trauma: organização e equipa

Para Lopes e Fernandes (1999), o APH pode ser definido como toda assistência realizada direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o intuito de dar melhor resposta á solicitação de ajuda ao usuário do Sistema Único de Saude (SUS). Essas resposta pode variar de um simples conselho ou orientação médica de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando á manutenção da vida e /ou minimizar as sequelas.

Para o Ministerio de Saude (MS), Portaria nº.2048/GM (Brasil, 2002), o APH é classificado como fixo ou móvel. O atendimento classificado como fixo refere-se a assistência prestada ao usuário do Sistema Único de Saude (SUS), num nível primário de atenção, nas Unidades Básicas de Saude (UBS), Unidades do Programa de Saude da Familia (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saude (PACS), ambulatorios especializados, serviços de diagnósticos e terapia ou unidades não hospitalares de atendimento ás urgências e emergências. O Atendimento pré-hospitalar Móvel pode ser

definido como aquele que procura chegar á vitima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo á saúde do individuo. Este pode ser tanto de natureza clínica, traumato-cirurgico ou ainda psiquiátrico; e podem levar á morte, sendo necessário atendimento adequado e transporte para um hospital devidamente hierarquizado (Brasil,1999).

No dizer de Pavelqueires (1997), “o atendimento pré-hospitalar móvel compreende três etapas. Primeiramente, o atendimento inicia-se na cena do acidente, é continuado no transporte até o hospital e, finalmente, na chegada ao hospitalar até a sala de emergência.” Os objetivos a serem atingidos no atendimento inicial qualificado são: estabilizar as condições respiratórias, ventilarias e hemodinâmicas, evitar morbimortalidade por condutas indevidas durante a fase de estabilização (ibidem).

Segundo a mesma autora, para atingir os objetivos é preciso que o sistema de APH disponha de viaturas básicas e avançadas sendo estas áreas ou terrestre, com medicamentos, materiais para resgate e estabilização das vítimas, sistemas eficientes de rádio-comunicação que permitam contato da cena do evento com as equipes da central, rede hospitalar hierarquizada e organizada e equipa capacitadas para exercer atividades em ambientes extra-hospitalares, dispondo de protocolos de atendimento os quais devem ser conhecidos e seguidos por toda equipa.

1.10 Organização e equipa

A organização do sistema de urgências deve ainda contemplar a organização do atendimento ás urgências em quatro fases: ações de prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e ações de reabilitação. (Brasil,2003).

Para os autores Gonçalves e Rodrigues (2001):

“ ao atendimento pré-hospitalar móvel compete um conjunto de ações que se inicia na Central de Regulação que recebe os chamados de emergência, despacha o recurso mais adequado para o local do evento, orienta o emergencialista e facilita a entrada da vítima/ doente no sistema hospitalar.”

Outro componente essencial do sistema de atendimento às urgências é a Central de Comunicações, constituindo-se no elo entre as equipas de APH Móvel e fixo e as unidades hospitalares e destas entre si. Não menos importantes, é a parte integrante da organização que promove o controlo do sistema, sendo considerada autoridade sanitária controladora,

acessível 24 horas por dia, com plena autonomia e responsabilidade sobre o sistema; o médico regulador (Martini, 2001).

A rede pré-hospitalar móvel deverá estar preparada para prestar assistência básica às emergências ocorridas por qualquer natureza, em qualquer local da cidade e a qualquer cidadão.

Segundo Brasil (2002), “ o serviço de APH ou Serviços Moveis de Urgência são destinados ao atendimento às vítimas no local da ocorrência, sendo constituídos por profissionais da saúde e veículos equipados conforme a sua finalidade, sendo os mais utilizados:

- UT (Unidade de Transporte) - Veículo tripulado com dois profissionais, sendo um motorista e um auxiliar ou técnico de enfermagem, destinado ao transporte de pacientes que não apresentam risco de vida, utilizados para remoção simples e de caráter eletivo.
- USB (Unidade de Suporte Básico) - veículo tripulado com dois profissionais, sendo um motorista e um auxiliar ou técnico de enfermagem, destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes em risco de vida conhecidos e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado como potencial de intervenções médicas no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino. Atuam por meio de medidas conservadoras não invasivas, como imobilizações da região cervical com protetor específico, compressão de sangramento, aspiração de vias aéreas, colocação de cânulas de guedel, liberação de vias aéreas por manobras manuais, etc.
- USA (Unidade de Suporte Avançado) - veículo tripulado por três profissionais, sendo um motorista, um médico e um enfermeiro, destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergência pré-hospitalar e /ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, por intermédio de medidas não invasivas ou invasivas que garantem a vida do paciente.”

1.11 Ambulância do corpo de Bombeiros de São Vicente

A ambulância constitui um dos principais recursos materiais existente no corpo de bombeiros de São Vicente. Dentro das atividades realizadas pelos bombeiros destacam-se: combate a incêndios; serviço de saúde (ambulância); levantamento de cadáveres; abertura de portas; serviço de prevenção no cais da ENAPOR e os serviços auxiliares, confirmados pelos dados fornecidos pela corporação de Bombeiros Municipais de São Vicente.

Segundo estes dados, os serviços de saúde (ambulância), representa o principal indicador das atividades, na medida em que no ano 2015, dentro das atividades realizadas nesse período as saídas de ambulância na prestação de serviço de saúde corresponde a 3696 saídas de ambulância, que representa 88% das atividades dos bombeiros.

Segundo a literatura pesquisada existe três tipos de ambulância na prestação de serviços de saúde, acima referenciado. Portanto numa visita realizada pelo investigador ao corpo de bombeiros, com o objetivo de fazer o levantamento dos materiais da ambulância, foram encontrados os seguintes: maca fixa; maca vácuo; maca scope; colar cervical; colete extração; talas; ligaduras; compressas; fita adesiva; soro fisiológico; oxigénio portátil; betadine; ambu; *kit* de parto; estetoscópio; sonda nasogástrica; imobilizador de fémur; mascaras; luvas de procedimento; lâmpadas, aspirador, etc.

Portanto permite ao investigador baseado na literatura pesquisada caracterizar segundo os recursos materiais, a ambulância da corporação de bombeiros municipais de são vicente como sendo uma ambulância de suporte básico de vida, mas em termos de recursos humanos, caracteriza-se por uma ambulância de transporte.

E ainda é de realçar que numa situação de emergência, é essencial que a ambulância esteja muito bem equipada com todo o material necessário a oferecer assistência pré-hospitalar á vitima traumatizada. E além disso, a equipa escalada deve estar bem treinada, com conhecimento profundos na identificação dos materiais e das técnicas de utilização dos mesmos de forma a atender o mais rápido possível e de forma eficiente.

1.13 Enfermagem

No dizer de Rodrigues, Nascimento, Antunes, Mestrinho, Serra, Madeiro e Canário (2007), “ atualmente o desempenho profissional competente requer um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos no âmbito da formação, onde a experiencia assume também uma grande relevância, sobretudo em contexto de trabalho”.

A essência da enfermagem é a pessoa e o cuidar, e sheehy (2011) diz que “ desde os primórdios que a enfermagem tem como conceitos centrais, a pessoa, a saúde, o meio ambiente e o cuidar”. E no mesmo raciocínio Hesbeen (2001) diz que a palavra cuidada, “ usada no singular, designa a atenção positiva e construtiva prestada a alguém, com o objetivo de fazer algo por esse alguém ou com ele”.

Assim a enfermagem é entendida por Silva et al (2005) “ como a arte de criar impulsos em direção ao prazer, fazendo com que as pessoas prolonguem ou renovem as forma de ser e sentir-se saudável, através do cuidado de si “.

Baseado na citação se Seixas (2010), a qualidade de cuidados prestados pelos profissionais de saúde que trabalham no serviço da urgência, está diretamente relacionada com a bagagem técnica desse, e com a organização do serviço dentro da instituição. Nessa mesma linha de pensamentos que Sheehy (2001) afirma que “ a prática da enfermagem de urgência requer um conjunto impar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializada” e para finalizar Sheehy (2001) acrescenta ainda que “ os papéis assumidos pelos enfermeiros passam pela prestação de cuidados ao doente, investigação, ensino, consultoria e apoio jurídico”.

1.13.1 Necessidades humanas básicas fundamentais afetadas (NHF) de acordo com Virgínia Henderson

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ➤ Potencial para infecção | ➤ Integridade da pele prejudicada |
| ➤ Potencial para temperatura corporal | ➤ Mobilidade física prejudicada |
| ➤ Padrão respiratório ineficaz | ➤ Dor |
| ➤ Potencial para trauma | ➤ Distúrbio no padrão de sono |

1.13.2 Diagnóstico de Enfermagem

A anamnese é uma ferramenta de enfermagem necessária em qualquer atendimento sendo que permite ao enfermeiro, fazer a colheita de dados, que lhe servirá de base para estabelecer um diagnóstico de enfermagem, é neste sentido que Silva (2014) afirma, “ a partir da anamnese e do exame físico, o enfermeiro terá inúmeras informações, que lhe servia de pista para identificar os problemas de enfermagem e estabelecer o diagnóstico de enfermagem”.

Neste sentido Santos e Andrade (2011) afirmam que “ a partir do momento que o enfermeiro é capaz de definir diagnóstico de enfermagem, estabelecer prescrições, avaliar a evolução do seu cliente ele está apto para, juntamente com a equipa multidisciplinar, planejar a alta do seu cliente”.

Perante isso, achou-se necessário a criação de uma tabela (tabela 6) que mostre os possíveis diagnósticos de enfermagem segundo NANDA, e as respectivas intervenções de enfermagem segundo NIC.

Tabela 6:

Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA e as intervenções de enfermagem segundo NIC

Diagnósticos de enfermagem segundo NANDA	Intervenções de enfermagem segundo NIC
<u>Potencial para infecção</u> : estado no qual o individuo está com risco aumentado para ser invadido por organismo patogênico. <u>Caraterísticas definidoras</u> : trauma; presença de fatores de risco, tais como: defesa primária insuficiente (trauma tissular, diminuição da ação capilar) e defesa secundária insuficiente (diminuição da hemoglobina, supressão de resposta inflamatória) <u>Fatores relacionados</u> : vide presença de fatores de risco.	<ul style="list-style-type: none">• Controlo da infeção: intraoperatória;• Controlo de imunização/ vacinação;• Proteção contra infeção;• Controlo do ambiente;
<u>Potencial para temperatura corporal alterada</u> : estado no qual o individuo apresenta risco para falha em manter a temperatura corporal dentro da faixa normal.	<ul style="list-style-type: none">• Controlo de infeção;• Regulação hemodinâmica;• Controlo da temperatura;

<p><u>Caraterísticas definidoras:</u> traumas que afetam a regulação da temperatura.</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> vide presença de fatores de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de líquidos; • Precauções contra hipertermia: maligna.
<p><u>Padrão respiratório ineficaz:</u> estado no qual o indivíduo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz enchimento ou esvaziamento pulmonar adequado.</p> <p><u>Caraterísticas definidoras:</u> movimentos torácicos alterados; alteração na expansão torácica.</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> dor, dano músculo-esquelético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle das vias aéreas; • Administração de medicamentos; • Monitorização respiratória; • Monitorização sinais vitais; • Supervisão.
<p><u>Potencial para trauma:</u> estado no qual o indivíduo apresenta acentuado risco de lesão tecidual acidental (por ex. ferimento, queimadura, fratura).</p> <p><u>Caraterísticas definidoras:</u> veículo dirigido sem vingança mecânica; veículo dirigido por motorista alcoolizado ou drogado; veículo dirigido com velocidade excessiva; veículo dirigido sem acessórios visuais.</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> vide presença de fatores de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de quedas; • Precaução contra convulsões; • Monitorização de sinais vitais; • Controle da pressão sobre áreas do corpo; • Controle de sensibilidade: periférica.
<p><u>Integridade da pele prejudicada:</u> estado no qual o indivíduo apresenta alteração na integridade da pele.</p> <p><u>Caraterísticas definidoras:</u> destruição das camadas da pele; invasão de estruturas do corpo.</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> vide presença de fatores de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados com aparelho de gesso: manutenção; • Precauções circulatórias; • Redução do sangramento: lesão; • Cuidados com lesões: drenagem fechada; • Sutura; • Administração de medicamentos: cutânea; • Controle de líquidos / eletrólitos; • Cuidados com úlceras de pressão;
<p><u>Mobilidade física prejudicada:</u> estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes.</p> <p><u>Caraterísticas definidoras:</u> inabilidade para movimentação significativa dentro do ambiente físico, inclusive no leito, transferência e deambulação; restrição dos movimentos impostos por prescrição, razões médicas ou mecânicas.</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> dor ou desconforto; enfraquecimento músculo-esquelético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados com o repouso no leito; • Controle da dor; • Promoção da mecânica corporal; • Assistência no auto cuidado-banho, higiene, alimentação; • Cuidados com tração.
<p><u>Distúrbio no padrão de sono:</u> estado no qual o indivíduo apresenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle da dor;

<p>alteração no período do sono, causando desconforto ou interferido no estilo de vida desejado.</p> <p><u>Caraterísticas definidoras:</u> sono interrompido; queixa verbal de não sentir-se bem repousado; queixas verbalizadas de dificuldades para adormecer.</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> alterações internas (doença, estresse psicológico) e/ou externas (mudanças ambientais).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de medicamentos; • Controlo do vômito; • Controlo do ambiente: conforto.
<p><u>Dor:</u> estado no qual o individuo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável.</p> <p><u>Caraterísticas definidoras:</u> comunicação verbal ou não verbal de dor; expressão facial de dor (olhar sem brilho, abatido); comportamento compatível com desconforto (gemer, chorar, inquietação).</p> <p><u>Fatores relacionados:</u> agentes de injúria (físicos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor; • Aplicação de frio; • Administração de analgésicos; • Monitorização dos sinais vitais.

Fonte: elaboração própria.

1.14 O enfermeiro na assistência direta á vítima no APH

Desde inserção do enfermeiro no APH pode-se identificar mudanças e ampliação de sua atuação, na maior parte, ainda vinculadas estritamente aos aspetos assistenciais (Ramos & Sanna, 2005). Nesta mesma linha de pensamento, Thomaz e Lima (2000) destacam o Enfermeiro como um participante indispensável na abordagem de qualquer situação no APH:

“ O enfermeiro no APH é participante ativo da equipa, assumindo com os demais profissionais a responsabilidade pela assistência prestada, além de atuar onde há restrição de espaço físico e em ambientes diversos, em situações limite de tempo, da vítima e da cena, o que exige dele decisões imediata, baseadas em conhecimento e rápida avaliação”.

Thomaz e Lima (2000) dividem as atividades que o enfermeiro deve realiza no APH em três fases, que incluem tudo o que deve ser feito antes, durante e depois do atendimento. A primeira fase, antes do atendimento, compreende o período de checagem e reposição do material da ambulância; a verificação do funcionamento de equipamentos (como o monitor-desfibrilador, oxímetro de pulso e ventilador); a verificação do volume de oxigénio existente no cilindro; a manutenção da padronização dos *kits* de atendimento e da caixa de medicamentos, a fim de facilitar a utilização desses materiais no momento da assistência, no

qual deve haver todo o material para o socorro imediato. E nesta mesma linha de pensamento, Romanzini e Bock (2010) também destacaram em seu estudo que conferiu a ambulância e fazer o *chek-list* diário dos equipamentos e dos materiais é responsabilidade do enfermeiro na base.

No atendimento propriamente dito ou a segunda fase, o enfermeiro participa da previsão de necessidades da vítima; da definição das prioridades, como a segurança da equipa; da interrupção do fator de risco (fogo, por exemplo), e da avaliação primária e secundária, considerando a vítima como portadora de lesões traumáticas (politraumatizada), pois frequentemente existem lesões associadas; do início das intervenções necessárias; da estabilização, reavaliação do estado geral e realização do transporte da vítima para o tratamento definitivo (Prudente e Gentil, 2005; Thomaz e Lima, 2000).

Pereira e Lima (2006), Prudente e Gentil (2005) e Thomaz e Lima (2000) definem como a primeira atividade do socorrista no local da ocorrência a avaliação da cena, em que ele verifica a segurança e a cinemática do trauma com o objetivo de garantir a segurança da equipe no acesso á vítima, obtendo informações pertinentes para o atendimento, devendo ter cuidados com chamas, gases tóxicos e fumaça, e para o risco de desabamento e explosões.

De acordo com Pereira e Lima (2006), logo após o término da conferência do ambiente em que a equipe irá trabalhar, o enfermeiro deve fazer a abordagem da vítima, realizando a avaliação primária do paciente, que auxiliará a equipa nas etapas seguintes de imobilização e transporte ao hospital. A avaliação primária determina se há risco imediato á vida da vítima, orientada pelos princípios de atendimento ao paciente traumatizado, sistematicamente como A (Vias aéreas), B (respiração), C (circulação), D (avaliação neurológica) e E (exposição), que direciona e fundamenta a assistência, em que cada alteração encontrada deve ser tratada imediatamente (Prudente e Gentil, 2005) Thomaz e Lima, 2000).

Nos depoimentos do estudo realizado por Pereira e Lima (2009), identificou que o enfermeiro é o profissional que fica na cabeceira da vítima, na imobilização da coluna cervical e na verificação das vias aéreas, geralmente assumindo a posição de coordenação do atendimento.

Com a via aérea já estabelecida e as lesões graves identificadas e tratadas, Prudente e Gentil (2005) referem que o enfermeiro deve providenciar um acesso venoso periférico de grande calibre a fim de iniciar a reposição de fluidos, especialmente quando há vítimas com

queimadura e, após, avaliar estado neurológico do paciente, pois alterações da consciência podem ocorrer devido às condições do cenário da ocorrência. Na avaliação secundária, que consiste numa pesquisa abrangente e detalhada do corpo da vítima, devem ser feitas a verificação dos sinais vitais e a identificação de sinais e sintomas específicos de danos internos ou de doenças, segundo Thomaz e Lima (2000).

De acordo com os estudos de Avelar & Paiva (2010) e Prudente e Gentil (2005) o enfermeiro deve fazer essa avaliação seguindo a sequência tradicional do exame Céfalocaudal, identificando sinais e sintomas de gravidade, interpretando-os, além de avaliar melhor a profundidade e a extensão das lesões, utilizando todos os recursos disponíveis.

No APH a avaliação e a intervenção vão acontecendo simultaneamente, pois, à medida que verificam as condições da vítima, o socorrista já vai realizando os procedimentos necessários (Pereira e Lima, 2006). Após as avaliações e o primeiro atendimento no local do acidente, os pacientes devem ser transportados ao serviço hospitalar. O enfermeiro e os demais profissionais devem atuar para que o quadro esteja estabilizado antes do transporte, pois as chances de recuperação dessa vítima dependem muito da assistência recebida no local da ocorrência e de como ela foi transportada.

Nesta linha de pensamento Thomaz e Lima (2000) afirmam que, nessa etapa do atendimento, o enfermeiro tem como responsabilidades garantir um transporte eficiente e seguro até a unidade hospitalar indicada pela Central de Regulação e, chegando lá, passar todas as informações a respeito do caso a equipa da sala de Emergência.

Já na terceira e última fase do atendimento, após a entrega do paciente à equipa intrahospitalar, Pereira e Lima (2006) e Thomaz e Lima (2000), definem que o enfermeiro deve cuidar para que o material utilizado na ocorrência seja repostado na ambulância; que os equipamentos sejam limpos e desinfetados; realizar o registo do atendimento e fazer relatório no livro de ocorrência de Enfermagem. E Pereira e Lima (2006) acrescentam que a equipa só fica liberada para receber da Central de Regulação uma nova ocorrência quando estiver tudo organizado.

O enfermeiro tem um papel crucial no APH, e vários autores dos estudos analisados falam da sua importância. Como podemos ver para Romanzini e Bock (2010) a presença desse profissional no atendimento das ocorrências traz mais segurança na tomada de decisões e tranquilidade à equipa, já que tem iniciativa e satisfação em ajudar, não medindo esforços para

que o paciente seja beneficiado, além de contribuir na realização dos procedimentos para aumentar a sobrevivência das vítimas.

1.15 Gestão e supervisão de enfermagem no atendimento pré-hospitalar

O enfermeiro exercendo o papel de gerente e supervisor da equipa de Enfermagem nos serviços de APH foi identificado em dois dos estudos analisados. Notou-se que a assistência direta ao paciente ainda é o paradigma dessa categoria profissional, que vem tentando expandir sua área de atuação para atividades de organização e administração dos recursos humanos e materiais do pré-hospitalar.

E os autores Bueno e Bernardes (2010), definem o gerenciamento/supervisão do enfermeiro no APHM como “uma atividade essencial, especialmente pelo grau de complexidade das ações, bem como pelas características peculiares desse serviço.” E na mesma linha o autor Bernardes et al (2009), acrescenta que “ao enfermeiro não bastam as competências técnicas, é necessário o entendimento das pessoas e dos grupos para obter melhor coordenação e supervisão dos recursos humanos.”

Buenos e Bernardes (2010) descrevem o enfermeiro gerente/supervisor como um “agente articulador e integrador”, capaz de motivar as relações interpessoais dentro da equipa de enfermagem e de disponibilizar-lhes conhecimentos técnicos e científicos, a fim de proporcionar um crescimento comum a todos. Ele deve buscar resultados que dêem valor e credibilidade ao seu trabalho e ao da equipa, voltando-se para os objetivos sociais de sua instituição, sempre visando alcançar a eficiência no trabalho de enfermagem.

Bernardes et al. (2009), acrescentam a isso a necessidade de haver supervisores qualificados, remuneração adequada á equipe e reconhecimento por parte dos dirigentes da importância da supervisão. Identificou-se que a supervisão da enfermagem nos serviços de APH ocorre á distancia, ou seja, via rádio ou telefone (Bernardes et al., 2009; Bueno e Bernardes, 2010).

Nos dois artigos analisados podemos ver que os profissionais da equipa de enfermagem relatam sua insatisfação com esse método de supervisão á distância, pois de longe não há como o enfermeiro saber qual a real situação no momento do atendimento e do que realmente eles estão precisando. Além de estar fisicamente ausente, muitas vezes o enfermeiro delega a

responsabilidade pelo gerenciamento para outro membro da equipa, geralmente, o médico regulador, conforme (Buenos e Bernardes, 2010).

E ainda podemos observar que o gerenciamento do enfermeiro é visto como fiscalizadores e controladores por parte da equipa. E Buenos e Bernardes (2010) reforçam a ideia “ainda que haja a justificativa de tratar-se de um serviço recente, em fase de adaptação com carência de profissionais, quase todos sentem a necessidade de se alcançar melhorias em prol da qualidade da assistência.”

1.16 Avaliação do doente

Inicialmente, o doente traumatizado pode não parecer gravemente lesado devido aos fortes mecanismos de compensação que mantêm os sinais vitais adequados. Todos os membros da equipa de traumatologia devem prever as lesões, identificando potenciais padrões de lesão relacionados com a energia e a força do acidente (Lazaer, 2001).

A avaliação, a ressuscitação e os esforços de estabilização, com base nos padrões e mecanismos identificados em cada doente, permitem ao profissional de saúde identificar lesões ocultas ou internas, e evitar intervenções de diagnóstico potencialmente nocivas. Obter uma história minuciosa da lesão, durante a avaliação inicial do doente traumatizado, revela-se, por isso, vital. As informações exatas, especialmente sobre os mecanismos que envolvem as lesões podem reduzir a morbilidade e mortalidade em muitos casos (Ibidem).

Segundo Porcides (2006) “há que conhecer cinemática do trauma, mesmo não reconhecendo lesões externas, saberá que ocorreu uma cavitação temporária. Com isso a conduta será mais agressiva, minimizando a morbimortalidade dos pacientes”.

Ao fazer a avaliação do doente traumatizado, o enfermeiro da urgência deve observar os mecanismos associados a força maior ou transferência de energia (por ex., pião atropelado por um veículo que se desloca a uma velocidade $\geq 32\text{km/h}$; acidente de veículo motorizado com grandes danos para o veículo). Os doentes com lesões significativas requerem monitorização cuidada quanto a complicações ou alterações na estabilidade hemodinâmica (Lazaer, 2001).

Determinadas perguntas proporcionam informações valiosas relativamente ao mecanismo de lesão, para além de serem úteis na avaliação de possíveis lesões. Que tipo de

veículo conduzia o doente (pequeno ou grande)? Qual é era a velocidade calculada aquando do acidente? Usava cinto os outros dispositivos de segurança? Os dispositivos foram usados convenientemente? Em que parte do veículo seguia o doente (no lugar do condutor, ao lado ou atrás)? Em caso de projeção, a que distância do veículo foi o doente projetado ou encontrado? Onde se localizavam a maior parte dos danos? Os ocupantes apresentam lesões do mesmo lado dos danos do veículo? O enfermeiro da urgência deve obter informações sobre deformação do volante, relativamente a todos os condutores (Ibidem).

E o mesmo autor acrescenta que “obter uma história completa nem sempre é possível e, muitas vezes, é mesmo impraticável. As informações importantes podem ser obtidas junto da família, do pessoal da emergência médica, da polícia, dos bombeiros, de observadores ou testemunhas oculares; porem esses recursos nem sempre são tidos em conta numa urgência agitada.

1.16.1 Estabilização

A estabilização do doente no local depende do nível de formação dos prestadores de cuidados pré-hospitalares. Os cuidados vão desde de estabilização básica até, realizadas por Paramédicos, Enfermeiros e/ou Médicos, altamente treinados. Independentemente do treino, a monitorização cardiorrespiratória é primordial, pelo que deve ser efetuada por toda transferência (ibidem).

O enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na estabilização do acidentado de trânsito, tem que avaliar o tipo de lesão, identificando possíveis problemas durante o transporte e intervir adequadamente antes do transporte.

Segundo Cardoso (2003), “ antes de remover um acidentado, os seguintes procedimentos devem ter sido observados:

- Restauração ou manutenção das funções respiratórias e circulatória;
- Verificação de existência e gravidade de lesões;
- Controlo de hemorragia;
- Prevenção e controle de estado de choque;
- Imobilização e assistir o acidentado durante o transporte;

- Verificando e mantendo as funções respiratória e circulatória monitorizando o estado de consciência e pulso, sempre que for necessário, solicitado ou na ausência de pessoal de saúde especializado para realizar estas ações;
- Orientar o motorista para evitar freadas súbitas e manobras que provoquem balanços;
- Assegurar o conforto e segurança do acidentado dentro do veículo transportador;
- Sempre que possível anotar e registrar, de preferência em papel, todos os sinais e sintomas observados e a assistência que foi prestada. Estas informações devem acompanhar o acidentado, mesmo na ausência de quem o socorreu, e podem vir a ser de grande utilidade no atendimento posterior.

1.16.2 Estabilização das vias aéreas e respiração

Vias aéreas patentes durante o transporte é um aspeto de suma importância. Há que prever o possível comprometimento das vias aéreas, antes do transporte, para que as intervenções adequadas possam ser realizadas em condições controladas, em vez de no próprio veículo de transporte. (Lazaer,2001).

E no mesmo raciocínio Urdén, Stacy e Lough (2006) acrescenta que “ a obstrução das vias aéreas pode ser causada por corpos estranhos, coágulos sanguíneos ou dentes quebrados”.

Deve considerar-se a entubação endotraqueal em doentes que possa aspirar, que tenham dificuldades na expansão torácica ou necessitem de apoio ventilatório como por exemplo, doentes com nível de consciência alterada, mas todo esse procedimento deve ser efetuada antes do transporte (Lazaer,2001).

Segundo Lazear (2001):

“Todos os doentes devem receber oxigénio tépido e humidificado. A percentagem de oxigénio deverá ser maior no caso de doentes que já estejam a fazer oxigenoterapia antes do transporte. A expansão gasosa, na cavidade pleural, pode provocar aumento de um pneumotórax anteriormente não detetável, dando origem a compromisso respiratório.

1.17 O transporte pré-hospitalar do acidentado

No dizer de Cardoso (2003), “ o transporte de acidentados é um determinante da boa prestação de primeiros socorros. Um transporte mal feito, sem técnica, sem conhecimentos pode provocar danos muitas vezes irreversíveis á integridade física do acidentado.”

E ainda o mesmo autor reforça a ideia de que existem várias maneiras de se transportar um acidentado.

“ Cada maneira é compatível com o tipo de situação em que o acidentado se encontra e as circunstancias gerais do acidente. Cada técnica de transporte requer habilidade e maneira certa para que seja executada. Quase sempre é necessário o auxilio de outras pessoas, orientadas por quem estiver prestando os primeiros socorros.”

De uma maneira geral, o transporte bem realizado deve adotar princípios de segurança para a proteção da integridade do acidentado; conhecimento das técnicas para o transporte do acidentado consciente, que não pode deambular; transporte do acidentado inconsciente; cuidados com o tipo de lesão que o acidentado apresenta e técnicas e materiais para cada tipo de transporte. (Cardoso, 2003).

O transporte de doentes, seja ele por via aérea ou terrestre, é um aspeto singular da enfermagem de urgência. A participação dos enfermeiros de urgência pode ter lugar ao nível do transporte em si, ou na preparação e estabilização do doente antes do transporte (Lazear,2001).

Em qualquer dos casos, o enfermeiro de urgência deve conhecer bem as diferenças que existem entre a prática de enfermagem e a médica em matéria de transporte, de que modo o transporte afeta o doente, o equipamento utilizado nos veículos de transporte, questões de comunicação relacionadas com o transporte e regulamentos federais, estaduais e locais sobre transporte aéreo e terrestre. (ibidem).

E no mesmo autor reforça a ideia de que “a enfermagem de transporte tem acompanhado a evolução dos sistemas de transporte. As equipas de transporte são compostas por pessoal diversificado: enfermeiros, médicos, paramédicos, terapeutas de cinesiterapia respiratória e técnicos de enfermagem médica.

O nível de cuidados prestados durante o transporte varia, desde medidas de suporte vital básicas (MSVB) até medidas de suporte vital avançadas (MSVA), consoante o nível de

treino do pessoal. Ao escolher o veículo de transporte, o médico deve ter em conta que, legalmente, a qualidade dos cuidados não pode sofrer qualquer alteração durante o transporte. O transporte terrestre é usado em grandes zonas rurais o tempo de transporte terrestre é mais longo, e nem sempre há possibilidade de escolher entre o transporte aéreo e terrestre. (ibidem). Ainda Lazear (2001) acrescenta que:

“Outro aspeto importante do transporte é o tempo de viagem. Pra muitos doentes em estado crítico, ou com lesões graves, quanto menos for o espaço de tempo até ao hospital maior é a probabilidade de o doente sobreviver. Por último, a escolha do veículo de transporte depende das carências da comunidade. Em certas zonas rurais isoladas, em que apenas uma ambulância para transporte terrestre serve uma vasta população muito espalhada, quando o veículo está em serviço, a comunidade fica sem qualquer recurso para toda a duração do transporte”.

Segundo Cardoso (2003), “ antes de iniciar qualquer atividade de remoção e transporte de acidentado, assegurar-se da manutenção da respiração e dos batimentos cardíacos; hemorragias deverão ser controladas e todas as lesões traumato-ortopédicas deverão ser imobilizadas.” E no mesmo raciocínio, Cardoso (2003), diz que “ o acidentado de fratura da coluna cervical só pode ser transportado, sem orientação médica ou de pessoal especializado, nos casos de extrema urgência ou iminência de perigo para o acidentado e para quem estiver socorrendo-o.”

Portanto, no momento do transporte do acidentado, deve-se procurar acalmar a vítima e os familiares, demonstrando tranquilidade, com o controlo da situação. que no dizer de Cardoso (2003) “ é necessário estar sereno para que o acidentado possa controlar suas próprias sensações de temor ou pânico.”

Há que ter alguns cuidados no transporte de acidentados, principalmente em veículos.

O corpo e a cabeça do acidentado deverão estar seguros, firmes em local acolchoado ou forrado. O condutor do veículo deverá ser orientado para evitar freadas bruscas e manobras que provoquem balanços exagerados. Qualquer excesso de velocidade deverá ser evitado, especialmente por causa do nervosismo ou pressa em salvar o acidentado. O excesso de velocidade, ao contrário, pode fazer novas vítimas (ibidem).

CAPITULO II- FASE METODOLÓGICO

2.1. Fundamentação metodológica

O enquadramento teórico foi desenvolvido com base na revisão da literatura já existente, através de artigos, revistas, *sites* académicos de carácter científico e dissertações anteriormente elaborados com conteúdos semelhantes.

Trata-se de um estudo descritivo, na tentativa de descrever o perfil das ocorrências e das equipas envolvidas na abordagem de um acidente de trânsito. O estudo descritivo busca a coleta de informações sobre a ocorrência, a frequência da ocorrência, ou o valor médio das variáveis de interesse. Descrever uma variável de cada vez, sem focalizar as inter-relações entre as variáveis (Polit e Hungler, 1995).

O trabalho foi redigido de acordo com as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, Introdução a investigação científica guia para investigação e redigir, tendo como autor o Magnífico reitor da Universidade do Mindelo Albertino da Graça.

Apos a abordagem do quadro conceptual relativo á temática em estudo, passo a descrever a fase metodológica. Este capítulo objetiva apresentar o desenho metodológico utilizado no presente trabalho, pelo que debruça sobre as questões metodológicas, e o processo metodológico que é utilizado no decorrer do trabalho, fazendo referencia ao tipo de estudo, método de recolha de dados. Este raciocínio está na linha de pensamento de Fortin (2009), onde este refere que a fase metodológica “ consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas ás questões de investigação ou verificar os pressupostos”.

O mesmo autor referenciado ainda acrescenta que “ na fase metodológica, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita de dados e a análise de dados”.

2.2 Tipo de estudo

Uma vez que o objetivo da investigação que se pretende realizar é caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidente de trânsito, na cidade

do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, enfatizando a importância de estabilizar e condicionar a vítima pela ação dos Enfermeiros, achei ser adequado delinear um estudo de natureza exploratório e descritivo, utilizando metodologia qualitativa de abordagem fenomenológica, com recuso a entrevista semi-estruturada.

Descritivo na medida em que pretendo “... *descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população*” (Fortin,1999).Exploratório, visto que é um tema pouco trabalhado em cabo verde e de pouco conhecimento na nossa realidade. E é um tema de suma importância na área de saúde principalmente em enfermagem.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque visa recolher e analisar o conhecimento subjetivo do grupo de enfermeiros do HBS, e os complementares bombeiros e polícia nacional, recolhendo dados sobre conhecimentos que os entrevistados possuem sobre o assunto em estudo, bem como conhecer a forma como estes vivenciam e experienciam este fenómeno. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas, em que as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas com a mais originalidade possível. Esta abordagem fornece uma base segura, tal como foi apresentado por Pradanov e Freitas (2013), “ a fenomenologia não se preocupa, pois com algo desconhecido que se encontra atrás do fenómeno, só visa a dado, sem querer se esse dado é uma realidade ou uma aparência”.

Achou-se pertinente a escolha do método qualitativo e não quantitativo, sendo que pretendesse saber, entender, realçar a visão ou o significado que os enfermeiros, os Bombeiros e a Policia de trânsito, atribuem ao fenómeno atendimento pré-hospitalar, isso de um ponto de vista individual.

Este método permite ao investigador, conhecer em profundidade um dado fenómeno em estudo. O fenómeno em estudo escolhido, anteriormente referido foi possível estudá-lo num sentido mais aprofundado no enquadramento teórico, teve a oportunidade e fazer ligações entre vários autores, com ideias e percepções diferentes, com o propósito de construir uma realidade nova.

Por este motivo, a pesquisa em enfermagem orienta-se preferencialmente pela utilização da metodologia qualitativa.

2.3. Métodos e instrumentos de colheita de informações

Tendo em conta o tipo de estudo acima apresentado, entendeu-se que o método de recolha de dados que mais se adapta a este estudo e que permite alcançar os objetivos previamente delineados é a entrevista semi-estruturada.

Para Fortin (2009), “a entrevista semidirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes”. A entrevista é o método que permite de fato alcançar de forma plena as informações subjetivas de cada trabalhador. Por isso a utilização da mesma.

Para assegurar o devido rigor elaboramos um guião de entrevista (Apêndice 1) que foi dirigida a seis enfermeiros que trabalham no HBS e para complementar, mais um guiaio dirigida aos bombeiros (Apêndice 2), e outro para a polícia nacional de trânsito (Apêndice 3). Mas mesmo antes da sua aplicação foi necessário proceder a um pré-teste do roteiro de modo a garantir que as perguntas estivessem bem elaboradas e que a interpretação das mesmas fosse unânime.

A participação dos entrevistados foi procedido de uma explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, seguido da assinatura de um termo de consentimento informado (Apêndice 4). As entrevistas foram realizadas de acordo com a escala dos participantes (enfermeiros, bombeiros e polícia), considerando suas disponibilidades de tempo e horário. Foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados, onde resguardou a tranquilidade, privacidade e comodidade dos mesmos.

As entrevistas foram registrados em papel impresso, com duração média de quinze minutos (20'), procurando assegurar a fiabilidade do estudo através dos instrumentos de colheita de dados. As mesmas foram realizadas no período compreendido entre 17 de maio a 28 de junho de 2016.

É de frisar ainda que as entrevistas foram feitas em crioulo, tendo em conta ser a língua materna de todos os participantes e daí sentiram-se mais a vontade para se expressarem. A transcrição foi feita na língua Portuguesa, respeitando a fidelidade das palavras utilizadas pelos mesmos.

Tendo em conta que na prestação de socorro á vítima de acidente de trânsito no pré-hospitalar em Cabo Verde é feito pelos Bombeiros, então sentiu-se a necessidade de utilizar um método de recolha de informações complementar que seria a observação no participante, que de certa forma é um método que permitiu clarificar por vezes algumas informações recolhidas através das entrevistas, mas que não foi possível devido aos obstáculos encontrados, e pela burocracia existente no nosso país que muitas vezes nos dificulta na investigação.

Para Quivy e Campenhoudt (2003), a “ observação não participante, por seu lado, perfis muito diferentes, sendo o único ponto comum o fato de o investigador não participar na vida do grupo, que, portanto, observar de exterior”. É neste sentido que estes dois métodos serviram para alcançar os meus objetivos.

2.4. Seleção dos participantes

Sendo uma população “... uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham caraterísticas comuns, definidos por um conjunto de critérios...” e uma amostra “... um subconjunto de uma população... as caraterísticas da população devem estar presentes na amostra selecionada.” (Fortin,1999). Neste capítulo será utilizada a amostra não probabilística e intencional, sendo esta a mais frequente quando se trata de uma pesquisa de aproximação fenomenológica, pois através deste tipo de amostragem é possível selecionar os casos mais ricos de informação.

O mesmo autor ainda acrescenta dizendo que “ a amostragem não-probabilística é um procedimento pelo qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”. Este tipo de amostragem pareceu-me o mais o mais adequado pela dificuldade de tempo e de ter acesso a toda a população.

Os participantes do estudo centra-se em três populações. Em que umas das populações do estudo são os enfermeiros do BUA do HBS, sendo um dos objetivos específicos do trabalho descrever a importância dos enfermeiros na estabilização e condicionamento da vítima de acidente de trânsito no pré-hospitalar, e as duas outras populações que são os Bombeiros e a Policia de trânsito, tendo em conta o tema e também por essa abordagem ser

multidisciplinares. Ou seja, não poderíamos falar da inserção dos enfermeiros nessa campo sem descrever as atividades realizadas pelas equipes no APH e as relações entre as mesmas.

O BUA sendo um indicador crucial na investigação e onde foi realizado o ensino clínico projeto pessoal em enfermagem clínica, achou-se necessário realizar entrevistas junto aos enfermeiros desse serviço a fim de compreender a visão dos enfermeiros da BUA sobre o APH a vítimas de trânsito.

Este serviço é constituído por 13 enfermeiros efetivos, sendo 3 do sexo masculino e as restantes (10) do sexo feminino. E dentro das do sexo feminino se destaca uma (1) a enfermeira chefe do serviço de banco de urgência do adulto. É de salientar ainda que estão distribuídos na escala por três enfermeiros cada turno.

Morse, citado por Fortin (2003), refere que “um pequeno número de participantes é geralmente suficiente para alcançar a informação sobre o fenómeno que está a ser estudado”.

Para a escolha da população do estudo foi selecionado os enfermeiros que preenchiam alguns requisitos necessários para a investigação, e neste sentido foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão para a escolha dos participantes que foram:

- Enfermeiros efetivos nos serviços de saúde há mais de 10 anos
- Enfermeiros que já completaram pelo menos 5 anos de trabalho no BUA;
- Enfermeiros que já passaram pelo menos 1 ano no bloco operatório;
- Enfermeiros que já atuaram em caso de acidente de trânsito e as vítimas com traumas;
- Aceitar participar do estudo por livre vontade.

Aquando da escolha dos elementos selecionados, foi decidido escolher apenas seis (6) dos enfermeiros do serviço do BUA do HBS, com grau de licenciatura e os que estão terminando o complemento para licenciatura. Mas também foram selecionados por tempo de atividade profissional, tempo de atividade profissional no serviço de BUA, faixa etária e por sexo, podendo obter informações mais variadas, isso de acordo com a experiência de cada um dos participantes.

Mas tendo em conta que um dos objetivos específicos do trabalho é de caracterizar a organização do trabalho e a relação dos atores na abordagem do acidentado de trânsito no pré-hospitalar, achou-se pertinente entrevistar essas duas (2) populações complementares para a

investigação, que foram: os bombeiros e a polícia nacional de trânsito. Na população dos bombeiros foi selecionado bombeiros do sexo masculino, sendo que não existe bombeiros efetivos do sexo feminino no corpo de bombeiros de São Vicente. Dos seis (6) bombeiros selecionados foram escolhidos os com tempo de atividade profissional entre cinco (5) a trinta (30) na corporação de bombeiros de São Vicente.

Da polícia nacional de trânsito foi selecionado os policial trânsito com tempo de atividade profissional compreendida entre 15 a 30 anos de atividade profissional na esquadra de trânsito.

2.5 Caracterização da população

Os critérios supracitados foram selecionar 6 enfermeiros, com características próprias e individuais, que vão de encontro as necessidades que permitem dar respostas aos objetivos anteriormente estabelecidos.

Tabela 7:
Caraterísticas da população do estudo- enfermeiros do BUA

Enf.	Idade	Género	Estado Civil	Habilitação Académica	Tempo de atividade profissional	Tempo de atividade profissional no BUA
E1	[35-40[	Feminino	Solteira	Licenciatura	11 Anos	6 Anos
E2	[40-45[	Feminino	Solteira	Licenciatura	20 Anos	5 Anos
E3	[35-45[	Masculino	Solteiro	Bacharel	12 Anos	6 Anos
E4	[35-40[	Feminino	Solteira	Licenciatura	11 Anos	5 Anos
E5	[35-40[	Masculino	Solteiro	Licenciatura	11 Anos	6 Anos
E6	[45-55[	Feminino	Divorciada	Licenciatura	27 Anos	17 Anos

Fonte: Elaboração própria.

A população alvo foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias: idade, género, estado civil, habilitação literária, tempo de atividade profissional e tempo de atividade profissional no serviço de BUA.

Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a população representada é constituída por 6 enfermeiros, onde pode-se notar o domínio do género

feminino. Este domínio pode ser justificado, pelo fato de nesse serviço existir mais enfermeiras do que enfermeiros, sendo constituído por 13 enfermeiros em que 10 são enfermeiras e 3 enfermeiros.

Relativamente á faixa etária, a idade dos participantes está situada entre [35-55] anos, e em relação ao estado civil da amostra do estudo, pode-se verificar que todos são solteiros. E no que concerne a habilitação literária, este engloba 5 enfermeiros- licenciados e 1 enfermeiro com bacharel.

Em relação ao tempo de atividade profissional, como representado no quadro, podemos constatar 3 enfermeiros com 11 anos de prática, 1 enfermeiro com 12 anos de trabalho e 1 enfermeiro com 20 anos de atividade profissional.

No que refere ao tempo de atividade profissional na unidade de urgência, temos que 3 enfermeiros trabalham no serviço de banco de urgência do adulto há 6 anos, 2 dos enfermeiros entrevistados exercem a sua profissão no mesmo há 5 anos e 1 enfermeiro tem 17 anos a trabalhar no serviço de banco de urgência do adulto.

2.6 Aspetos éticos e legais

Qualquer investigação que envolva pessoas levanta questões éticas e morais, e este trabalho não é exceção, pois no desenvolvimento do mesmo procurou-se cumprir todos os requisitos éticos necessários, nomeadamente confidencialidade, autonomia, autodeterminação e o anonimato.

Segundo o Fortin (1999), “a ética coloca problemas aos investigadores que em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Segundo a mesma autora, existe um limite que não pode ser ultrapassado, e este refere-se ao respeito pela pessoa e á proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Sendo assim para elaboração dessa pesquisa, e melhor entender a situação estatística dos acidentados de trânsito no Hospital Batista de Sousa (HBS), teve-se que elaborar um requerimento (Apêndice 5) dirigida a comissão de ética do HBS, assinada pela coordenação do curso de enfermagem comprovando que somos estudantes da Universidade do Mindelo, para solicitação dos dados estatísticos hospitalares.

Para que a colheita de dados fosse possível, e para garantir os direitos supracitados dos participantes foi-lhes fornecido um termo de consentimento informados acima citado, que tem como objetivo convidá-los a participarem da pesquisa, esclarecendo-lhes que as suas participações são totalmente voluntária, tendo livre escolha de recusar a participar, ou desistir em qualquer momento.

As informações só serão úteis a fins da pesquisa, respeitando o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade de cada participante. Neste sentido o guia de entrevista foi entregue a cada um dos participantes com dias de antecedência da realização da entrevista, de forma que pudessem analisá-lo e decidir se quisessem mesmo participar ou não da entrevista.

Objetivando ainda salvaguardar o anonimato foi-lhes atribuído nome fictício de E1 a E6, e o mesmo para bombeiros e polícia de trânsito foram atribuídos ao mesmo processo, aos bombeiros B1 a B6 e aos policiais entrevistados- P1 a P4. Sendo que Gil (2008), diz que a “codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados em símbolos que possam ser tabulados”

2.7 Caracterização do Cenário da Investigação

Na escolha do campo empírico para a realização da pesquisa seria pertinente escolher o local da ocorrência (rua) e para o campo clínico, selecionar a corporação de bombeiros municipais para o estudo, mas tendo em conta que não temos enfermeiros a trabalhar nesse serviço e os recursos materiais são insuficientes para a prestação de cuidados qualificados às vítimas, optou-se por fazer uma investigação indireta em que procurou-se saber através das entrevistas como são vivenciadas a abordagem do acidentado de trânsito no pré-hospitalar, levando em conta os objetivos do trabalho (objetivo específico), caracterizar a organização do trabalho e a relação entre os atores na abordagem do acidentado de trânsito no APH.

É neste sentido que permite ao investigador acrescentar que a abordagem do acidentado de trânsito devia ser no pré-hospitalar mediante a literatura pesquisada, onde as intervenções dessas entidades envolvidas seriam de forma direta e em equipa. Daí a pertinência de descrever o cenário da investigação.

CAPITULO III- FASE EMPIRICA

3.1 Análise e discursão dos resultados

De acordo com os objetivos do trabalho de pesquisa, foi recolhido informações junto as populações estudadas. E cessada a etapa de colheita de informações, que foi procedido através de entrevistas, foi necessário efetuar a análise e a interpretação dos resultados dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi iniciada a transcrição das entrevistas e respetiva análise de conteúdo. Após recolhido o material para a realização de estudo, este foi submetido a análise de conteúdo técnica que á prática revela mais adequada, pois possibilita o tratamento de informações recolhidas tendo em conta os discursos dos diferentes entrevistados.

É de refletir ainda que para Fortin (2009), na fase de interpretação dos dados:

“O investigador empenha-se em explicar os resultados, apoiando-se nos trabalhos anteriores e na teoria. A interpretação tenta fazer ressaltar a significação dos resultados. Esta fase finaliza com a comunicação dos resultados em conferência, artigos, relatório de investigação”.

Assim neste capítulo encontra-se uma referente caraterização dos selecionados, apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas, e a apresentação das respostas obtidas. Ao chegar nessa fase de investigação a finalidade é certificar-se do cumprimento dos objetivos, verificar, se as informações recolhidas correspondem, aos objetivos anteriormente formuladas, de modo a confrontar o quadro de referências do investigador e o material empírico.

Através dos resultados obtidos e analisados da entrevista, foi possível verificar qua a maioria das respostas vai de encontro com a literatura pesquisa, anteriormente transcrita no enquadramento teórico. E para melhor compreensão a entrevista foi dividida em categorias e subcategorias.

Categoria I- aspetos gerais sobre atendimento pré-hospitalar e traumas.

Relativamente a esta categoria pretende-se conhece o conceito de atendimento pré-hospitalar, definição de trauma, e as intervenções de enfermagem a serem realizadas na fase inicial. No entanto de acordo com esta categoria e apos a análise de conteúdo foi possível identificar as seguintes respostas encontradas na tabela abaixo.

Tabela 8:
Conceito sobre o Atendimento pré-hospitalar e o utente com trauma segundo cada participante

Conceito do atendimento pré-hospitalar e o utente com trauma	
O atendimento pré-hospitalar	<p>“ (...) É o primeiro atendimento prestado ao utente antes da entrada no hospital”. E1</p> <p>“ (...) É toda a assistência prestada ao utente antes de chegar ao hospital”. E2</p> <p>“ (...) É o atendimento prestação em ambiente fora do hospital”. E3</p> <p>“ (...) É todo o atendimento prestado em qualquer lugar fora do hospital, seja em casa ou na rua”. E4</p> <p>“ (...) É o primeiro cuidado oferecido a um utente, de forma eficaz e eficiente fora do hospital”. E5</p> <p>“ (...) São todas as medidas e ações que ocorrem antes da chegada do utente ao ambiente hospitalar”. E6</p>
O utente com trauma	<p>“ (...) Um utente que possivelmente está com dores, e com limitações físicas após alguma contusão”. E1</p> <p>“ (...) É todo o utente com uma lesão provocada por um choque”. E2</p> <p>“ (...) É um utente que sofreu uma pancada que provocou uma lesão ou ferida no seu organismo”. E3</p> <p>“ (...) É um utente que por uma queda (acidente de viação ou de trabalho) chega ao serviço de saúde com um traumatismo crânio encefálico, trauma torácico ou uma fratura”. E4</p> <p>“ (...) É um utente que após o trauma mostra dificuldades ou uma certa dependência ao se movimentar. Pode ser dor intensa ou estado obnubilado”. E5</p> <p>“ (...) É um utente que sofreu um impacto físico mais ou menos violento provocando-lhe alguma lesão”. E6</p>

Fonte: elaboração própria

Percebe-se que a maioria (5) dos entrevistados tem praticamente o mesmo conceito sobre o atendimento pré-hospitalar, que são os primeiros cuidados antes da chegada ao hospital.

Ainda pudemos constatar que em relação ao conceito de um utente com trauma, os entrevistados os E1 e E5 associaram um utente com trauma a um utente com muita dor após contusão. E os restantes a um utente com fraturas e lesão.

Categoria II- intervenções de enfermagem a um utente politraumatizados no serviço de urgência.

Nesta categoria pretende-se saber inicialmente quando recebem um acidentado de trânsito no serviço de urgência, quais as condutas que os enfermeiros devem seguir durante a sua permanência no BUA.

Nota-se a unanimidade nas respostas dos entrevistados quando dizem que, “ inicialmente os cuidados inicialmente realizados passam por, ver o estado de consciência, identificação do utente, avaliar os sinais vitais, acesso venoso e outros procedimentos de enfermagem”.

Relativamente a essa categoria, a partir dos dados recolhidos das entrevistas o investigador verificou uma semelhança e complementaridade das respostas obtidas:

“ (...) Colher informações pertinentes acerca do sucedido com os socorristas/paciente; procurar lesões; avaliar os parâmetros vitais; ver o estado de consciência; etc”. E1

“ (...) Observar e qualificar o trauma segundo a gravidade; avaliar parâmetros vitais; acesso venoso; colocar o utente em posição confortável; identificar o utente (...)”. E2

“ (...) Ver os sinais vitais; grau de consciência; se tem algum tipo de hemorragia; acesso venoso; administrar analgésico (...) ”. E3

“ (...) Depende do tipo de trauma: grave ou não grave, mas avaliar os parâmetros vitais; aliviar a dor com analgésicos; se for politraumatizado e tiver hemorragia é canalizar uma boa veia”. E4

“ (...) Avaliar a localização e intensidade da dor; explorar o local se for penetrante; vigiar o grau de consciência através de escala Glasgow e nos casos mais graves, garantir um acesso venoso, sinais vitais (...)”. E5

“ (...) Identificação da vítima; avaliar os sinais vitais; acesso venoso; procedimentos de higiene; suporte e cuidados aos familiares; vigilância continuada (...)”. E6

É de realçar que apenas o E6 não se esqueceu da família do utente “ dar suporte e cuidados aos familiares” que também é um fator muito importante.

Então com esses resultados o investigador conclui que as respostas dos entrevistados coincidem cm a literatura pesquisada por parte dos entrevistados e tem uma fundamentação científica logica.

Sendo que um utente politraumatizado, se trata de uma emergência, deve ser conduzida como tal, atendido o mais breve possível e com cuidados especializados e individualizados. E para que esses cuidados sejam realizados com eficácia e eficiência, os profissionais de urgência, devem estar capacitados para a sua abordagem.

Neste sentido permite o investigador afirmar que segundo os entrevistados, mesmo com as limitações em relação a recursos materiais e humanos estes, conseguem dar resposta a situação referida.

Categoria III- aspetos sobre a unidade de Urgência

Em relação a esta categoria, em que se pretende conhecer os recursos humanos e materiais da unidade de urgência, apos analise das entrevistas podemos observar que dentre os entrevistados, temos uma divisão de opiniões acerca dos recursos matérias existentes no serviço de BUA, em que 50% dos mesmos responderam que o espaço é insuficiente e os restantes que sim, mas relativamente a recursos humanos, todos compartilham da mesma opinião, no sentido de que os recursos humanos para prestar assistência a um acidentado de trânsito no BUA são inadequados:

Tabela 9:
Recursos humanos e materiais adequados para prestar assistência a um utente com trauma

Recursos Materiais	<p>“ Não, pois deveria haver no hospital um serviço exclusivamente para prestar atendimento ao politraumatizado e pessoal com formação nesta área”. E1</p> <p>“ Não, o espaço é limitado”. E2</p> <p>“ Mais ou menos, temos intervenções que podiam ser melhores”. E3</p> <p>“ Sim, temos espaço só não sabemos aproveitá-lo ”. E4</p> <p>“ Para um acidentado sim, mas para vários acidentados, a situação complica”. E5</p> <p>“ Não, o BUA tem um espaço insuficiente para esse tipo de atendimento”. E6</p>
--------------------	---

Recursos Humanos	<p>“ (...) Não, porque não temos enfermeiros especializados nesta área, então deveria ter pelo menos a presença de um médico especialista 24 horas e não regime de chamada”. E1</p> <p>“ (...) Também não, porque o pessoal não é qualificado para esse tipo de atendimento”. E2</p> <p>“ Não, porque os especialistas não têm presença física 24 horas no BUA, são solicitados quando houver necessidade”. E3</p> <p>“ Não, não temos enfermeiros especialistas nessa área”. E4</p> <p>“ Não, devia ter uma equipa com treinamento em trauma (...)”. E5</p> <p>“ Não, não temos enfermeiros especializados nesta área e nem traumatologista com presença física 24 horas”. E6</p>
------------------	--

Fonte: Elaboração própria

Categoria IV- visão e a relação dos enfermeiros com a equipa responsável para fazer chegar a vítima no BUA

Relativamente a esta categoria, pretende-se dentro desta, saber qual a equipa responsável para fazer chegar o acidentado de trânsito no BUA, se o serviço se dispõe de contatos da mesma, que tipo de relação existe entre o socorrista e os enfermeiros do BUA e se as informações recolhidas por eles auxiliam na triagem de Manchester e a visão que os enfermeiros do BUA têm do trabalho realizados pelos bombeiros.

Em relação á questão sobre a equipa responsável para fazer chegar a vítima ao hospital, todos os entrevistados compartilham da mesma opinião em dizer que são os bombeiros responsáveis para tal ação.

“ São os bombeiros, mas muitas vezes os politraumatizados chegam ao hospital trazidos por qualquer pessoa que estava presente na hora do sucedido”. **E1**

“ Geralmente são os bombeiros”. **E2 E3 E4 E5 E6**

Mas podemos observar que o E1 acrescenta que também muitas vezes o politraumatizado chega ao hospital acompanhado por qualquer outra pessoa. Permite ao entrevistador dizer que as respostas estão em concordância com a literatura pesquisada.

Falando do tipo de relação entre os bombeiros e os enfermeiros de BUA, os entrevistados responderam:

“ Penso que temos uma boa relação”. **E1**

“ Não temos nenhum tipo de relação profissional com os bombeiros”. **E2**

“ Temos uma boa relação com os bombeiros, além do profissionalismo somos amigos”. **E3**

“ A nível profissional temos uma boa relação ”. E4

“ Posso dizer que não existe uma relação profissional entre os enfermeiros e os bombeiros. Deveria haver mais dialogo entre nos, principalmente da ambulância para o BUA durante o transporte do acidentado ”. E5

“ A nossa relação é deficitária, com pouco diálogo. Deveria haver mais dialogo com uma linguagem mais técnica entre nos e os bombeiros ”. E6

Podemos concluir dos resultados obtidos que a maioria diz não ter uma boa relação com os bombeiros, principalmente a nível profissional. Apenas os entrevistados E3 e E4 dizem ter uma boa relação com os mesmos. E isso permite ao investigador concordar com o E5 e E6, porque deveria haver uma relação mais profissional entre as entidades referenciadas, tendo em conta que os cuidados de saúde de aplica de forma multidisciplinar.

Mas ainda podemos comprovar que essa relação não é muito boa, quando o entrevistador questiona sobre o serviço de BUA se dispor de uma lista de guarda dos bombeiros, e todos responderam que não.

“ Não ” - E1,E2,E3,E4,E5,E6

Mas em contrapartida às questões anteriormente abordadas os entrevistados em relação á questão sobre as informações recolhidas pelos bombeiros no auxílio para a realização da triagem de Manchester, a maioria dos entrevistados os responderam “ estado de consciência, procedimentos realizados antes da chegada ao hospital, localização de ferimentos”:

“ Como aconteceu o acidente, hora do acontecido, como se encontrava a vítima ao entrar no BUA, quais os procedimentos realizados pelos bombeiros antes da chegada ao hospital, estado de consciência ”. E1

“ Nada, sabem apenas o local encontrado, e muitas vezes nem sabem a identificação da vítima ”. E2

“ Em que circunstancia ocorreu o acidente; como e onde encontraram a vítima; se fez alguma paragem cardiorrespiratória durante o transporte; e o estado de consciência ”. E3

“ Nada, nenhuma informação útil ”. E4

“ São vários, como: a intensidade do impacto; local do acidente; local do ferimento ou trauma; localização da dor do utente, estado de consciência entre outros ”. E5

“ Identificação da vítima; estado de consciência da vítima no momento da chegada de socorro e durante o transporte; hemorragias, convulsões ou vomito durante o transporte, (...)”. **E6**

E finalmente em relação á visão dos enfermeiros relacionado com o trabalho realizado pelos bombeiros no APH, os entrevistados veem o trabalho deles ainda muito fraco, como algo que se espera melhorar mais há frente:

“ (...) Ainda é muito fraco (...)”. **E1**

“ Eu acho o trabalho dos bombeiros de são vicente, péssimo”. **E2**

“ Eu vejo o trabalho dos bombeiros como um trabalho razoável, mas é difícil e cansativo, porque exige muito esforço físico. Mas vejo que precisam de mais recursos materiais e capacitação dos recursos humanos (...)”. **E3**

“ Acho o trabalho dos bombeiros péssimo”. **E4**

“ Muito empenho e dedicação, mas com fraca eficiência e eficácia nos cuidados (...)”. **E5**

“ O trabalho dos bombeiros podia ser melhor, caso tivessem mas capacidade para o serviço. São profissionais, mais para o serviço de combate a incendio, ou outros do que assistência e transporte de vitimas de acidente.”. **E6**

Categoria V- dificuldades de enfermagem no atendimento a um politraumatizado no BUA

Em relação as dificuldades que os enfermeiros enfrentam no atendimento a um utente com suspeita de trauma ou grandes traumas, foi possível estabelecer duas unidades de registo. Os que sentem dificuldades e os que não sentem dificuldades nesse atendimento.

Tabela 10:

As dificuldades encontradas no atendimento ao acidentado de trânsito com traumas

Não sentem dificuldades	<p>“Não sinto nenhuma dificuldade”. E3</p> <p>“Não, durante todo o meu percurso nunca tive nenhuma dificuldade com politraumatizados”. E4</p>
Sentem dificuldades	<p>“As vezes sim quando o traumatizado chega a serviço inconsciente, confuso ou com dificuldades em expressar o sucedido e quem lhe fez chegar ao hospital não sabe informar”. E1</p> <p>“Sim, quando as informações são insuficientes; queixas inespecíficas; pressão dos familiares e curiosos”. E2</p> <p>“ Sim, entre profissionais, principalmente no momento da troca de serviço, quando um acidentado chega, e também o atraso do traumatologista de serviço”. E5</p> <p>“ (...) Sim, as dificuldades são muitas, devido a falta de recursos materiais e humanos e por isso sentimos dificuldades em atuar como enfermeiro principalmente se for um politraumatizado”. E6</p>

Fonte: elaboração própria

Ainda nessa categoria pretendia-se saber, que estratégias utilizam para ultrapassar essas dificuldades. Os E3e E4 responderam que “ precisamos é trabalhar em equipa”

*“Temos é que trabalhar em equipa”. **E3***

*“Para ultrapassar essas dificuldades temos é que unir como uma equipa que somos” **E4***

Assim notou-se que dois dos enfermeiros entrevistados referiram em recolher informações pertinentes sobre o acontecido, e as respostas obtidas vão de encontro á literatura pesquisada.

*“ Nesse caso o enfermeiro tem de pensar e seguir todas as condutas de assistência ao traumatizado ate que chegue alguém com alguma informação pertinente”. **E1***

*“ Recolher mais informações a quem prestou assistência no pré-hospitalar; clarificação das queixas; educar os familiares e curiosos”. **E2***

E os outros restantes entrevistados referiram ao fator tempo, que segundo a literatura pesquisada, constitui um fator crucial no atendimento ao acidentado de trânsito, pois este se trata de uma emergência.

“ É refletir e pensar apenas em intervir para estabilizar a vítima até que o especialista chegue, sem perder tempo ”. E5

“ (...) Nesse caso é não perder tempo e atuando de modo a garantir a vida do utente ” E6

Assim sendo pode-se constatar que, os enfermeiros não só precisam de investir em fazer formações ou especialidades, mas também necessitam de providenciar recursos materiais e humanos adequados para situações como tal. E nessa temática conclui-se que o atendimento a um acidentado de trânsito é sempre influenciado pelos recursos humanos, sendo que foi referenciado por todos os enfermeiros entrevistados.

Também permite ao investigador concluir que os profissionais do serviço de BUA tem algumas limitações no que se refere ao espaço físico, principalmente se for em atendimento a vários acidentados. Mas a grande limitação tange nos recursos humanos.

Durante o desenrolar do ensino clínico nessa unidade, permitiu observar que não temos a presença física do ortopedista de serviço e os enfermeiros de serviço fazem as intervenções de enfermagem como cita o livro de prioridades, de Triagem de Manchester (Anexo 1) e fica à espera do ortopedista para atender acidentado.

Como já tínhamos referenciado o APH em Cabo Verde, o atendimento é feito pelos bombeiros municipais, e na abordagem de um acidentado de trânsito, temos também a ação dos policiais de trânsito e que muitas vezes segundo E2 faz chegar a vítima ao hospital “deveria haver formações tanto para os bombeiros, como para nós os enfermeiros e os policiais também pois estes também prestam socorros aos traumatizados”.

Portanto, torna-se pertinente realizar algumas entrevistas com bombeiros e policiais de trânsito. Sendo 17 bombeiros existentes nesta corporação de bombeiros foi selecionado a seguinte amostra para ser entrevistado e que passo a transcrever, igualmente divididas em categorias e subcategorias.

Tabela 11:
Caraterísticas da população do estudo- Bombeiros

Bombeiros	Idade	Género	Estado Civil	Habilitação Académica	Tempo de atividade profissional	Tempo de atividade profissional no corpo de bombeiros
B1	[35-40]	Masculino	Solteiro	12º Ano	8 Anos	6 Anos
B2	[40-45]	Masculino	Solteiro	12º Ano	14 Anos	5 Anos
B3	[30-35]	Masculino	Solteiro	12º Ano	5 Anos	5 Anos
B4	[25-30]	Masculino	Solteiro	2º Ano do curso serviços social	5 Anos	5 Anos
B5	[25-30]	Masculino	Solteiro	3º Ano do curso serviço social	5 Anos	5 Anos

Fonte: Elaboração própria.

Aos bombeiros, foi caraterizada com os mesmos critérios dos enfermeiros, diferenciando no tempo de atividade profissional no corpo de bombeiros.

Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a amostra é constituída por cinco (5) bombeiros, sendo todos do género masculino. Relativamente á faixa etária, a idade dos participantes está situada entre [30-45] anos, e em relação ao estado civil, pode-se verificar que todos são solteiros. E no que concerne a habilitação literária, três (3) tem 12º ano de escolaridade e dois deles frequentam o curso de serviços sociais. Em relação ao tempo de atividade profissional, como representado no quadro, temos 1 bombeiro com 14 anos de serviço, 1 com 8 anos de serviço e 3 com 5 anos de atividade profissional.

E no que se refere ao tempo de atividade profissional no corpo de bombeiros, o tempo de atividade profissional dos entrevistados corresponde ao tempo de atividade profissional no corpo de bombeiros. E para melhor compreensão, a entrevista foi dividida em categorias e subcategorias.

Categoria I- aspetos sobre o atendimento pré-hospitalar.

Esta categoria pretende-se e saber como é prestado o atendimento a um acidentado de trânsito e conhecer as atividades dos bombeiros realizados no APH. Relativamente á questão de como é prestado o atendimento pré-hospitalar, desde a chamada até a chegada á vitima, os entrevistados são unanimes em relação á questão acima citado.

“ Temos uma operadora de radio que recebe a chamada e passa as informações para o bombeiro de serviço/chefe de piquete e daí o mesmo reúne a equipa de ambulância para a saída da ambulância o mais rápido possível” **B1 B2 B3 B4 e B5**

Mas observa-se que o B2 refere que o atendimento é prestado onde for. Portanto permite ao entrevistador, dizer que os bombeiros prestam todo o tipo de serviço que lhes é solicitado. E no que diz respeito as atividades realizadas pelos bombeiros no APH, as respostas foram também semelhantes:

“ São realizadas: combate incendio (industriais, urbano, industriais); desencarceramento; serviços de saúde; abertura de portas; prevenção a navios combustíveis; catástrofes inundações, levantamento de cadáveres, segurança nos festivais entre outros” **B1 e B5**

“ As atividades dos bombeiros são várias, dentro delas se destacam: serviços de saúde (ambulância); abertura de portas; levantamento de cadáveres; combate a incendio, serviços de prevenção no cais da ENAPOR; serviços auxiliares” **B2 e B4**

“ Geralmente são: os serviços de saúde (ambulância), abertura de portas, levantamento de cadáveres, mas fazemos de tudo, nos são solicitados por tudo e por nada, mesmo que não seja serviços de bombeiros” **B3**

Categoria II- constituição e organização da equipa de trabalho

Relativamente a esta categoria, pretende-se saber como organizam o trabalho e como é constituído a equipa que sai na ambulância para prestar socorro. Falando sobre a organização do trabalho os bombeiros entrevistados responderam que existe um organograma no serviço e que a divisão é feita pelo comandante. E os entrevistados mais uma vez respondem de forma unanime:

“ Temos o comandante, o subchefe e quatro (4) chefes de piquete. Cada equipe de piquete é constituído por quatro bombeiros. As horas de trabalho são divididos em turnos de oito (8) horas de serviço” **B1 B2 B3 B4 e B5**

Segundo os entrevistados a equipa que sai na ambulância é constituída por um chefe de piquete e mais três bombeiros, mas também acompanhados de alguns bombeiros voluntários. E B1 disse que:

“ As regras são para sairmos pelo menos quatro bombeiros na ambulância, mas só que por sermos apenas 17 bombeiros efetivos, acabamos por ser acompanhados por bombeiros voluntários na maioria das vezes para prestar socorro a vítimas.”

E os entrevistados B2 e B5 segue a mesma linha de pensamento do B1 em que acrescentam que:

“ O apropriado seria sair na ambulância quatro bombeiros mas como já tinha referido, o nosso trabalho é desorganizado e sem funções específicas, então saímos em muitas vezes apenas um bombeiro acompanhado de três bombeiros voluntários”

Então permite ao investigador dizer que o número de bombeiros existentes no corpo de bombeiros de são vicente é insuficiente para atender as necessidades da população, uma vez que equipa que sai na ambulância não é suficiente para prestar assistência, principalmente no caso de acidentado grave ou acidentados. É de realçar ainda que não apenas o número de bombeiros a sair na ambulância, mas também a constituição da equipa, que segundo a literatura pesquisada, a equipa nesse caso está incompleta para serviços de saúde.

Categoria III- relação dos bombeiros com outras entidades ligadas ao APH e a participação de enfermagem no APH

Nessa categoria, o investigador deseja saber como os bombeiros veem os enfermeiros e a polícia nacional de trânsito como parceiro na abordagem do acidentado de trânsito, bem como a participação de enfermagem no APH. E na perspetiva dos entrevistados **B1** e **B5** têm uma relação muito boa com a polícia e já com os enfermeiros do BUA a relação não chega a esse termo:

“ Com a polícia nacional de trânsito temos uma boa relação e são ótimos parceiros na abordagem do acidentado de trânsito, porque trabalhamos em equipa, mas no que concerne aos enfermeiros de BUA a relação é insuficiente, uma vez que eles ignoram as informações que recolhemos no local da ocorrência, sem falar dos parâmetros vitais” **B2**

“ Não temos nenhuma relação com os enfermeiros do BUA do HBS, uma vez que não dão o devido valor ao nosso trabalho. Precisam trabalhar em equipa entre si e depois em colaboração connosco” B5

Os entrevistados B4, B5 e B6 dizem também manter boas relações com a equipa da polícia de trânsito, mas deveria haver mais comunicação.

“ Sempre que o policial de trânsito necessita da nossa ajuda nos é solicitado e vice-versa, portanto temos uma relação de interajuda” B2

“ Temos boas relações com os policiais de trânsito. São ótimos parceiros” B4

“ Mantemos boas relações profissionais com os policiais, mas há uma falha na comunicação a nível institucional” B5

“ A relação é boa, no mínimo aceitável, precisamos relacionar mais e definir funções, porque há situações que nos bombeiros fazemos o trabalho deles se chegarmos no local da ocorrência primeiro que eles” B3

E no que diz respeito à relação dos bombeiros entrevistados com os enfermeiros do BUA, os entrevistados B2, B3, B3 e B6 descrevem-no como sendo uma superficial, pois depende do tipo de equipa que estiver de serviço:

“ (...) E do mesmo modo com os enfermeiros do BUA, temos boas relações com eles, mas acho que seria melhor se esta boa relação partisse das entidades para entidades” B2

“ Não fazemos uma abordagem do acidentado de trânsito em equipa, porque deveria existir uma “linha quente” para comunicarmos com o BUA durante o transporte da vítima, portanto a relação é muito superficial” B3

“ Dependendo dos enfermeiros que estiverem de serviço, mantemos boas relações, mas para mim a relação profissional entre nós precisa melhorar muito e o mais breve possível” B4

A participação de enfermagem nesse contexto, traria uma mais-valia a nível dos cuidados prestados à vítima e maior satisfação à população em geral. E todos os entrevistados concordam, tendo em conta que segundo eles já tiram esta experiência com alguns enfermeiros que vieram de Portugal para realizar estágio na ambulância.

“ Já tivemos esta experiencia com enfermeiros que vieram de Portugal. Foi excelente trocar experiencias. Com um enfermeiro a trabalhar na ambulância juntamente com os bombeiros passaríamos do SBV para SAV” B1 e B3

“ Seria ótimo, trabalho com mais qualidade, principalmente na realização de suturas, cateterizar uma veia antes da chegada ao hospital, administrar medicamentos, e teríamos menos pacientes para levar ao hospital.” B2 e B4

Categoria IV- dificuldades encontradas pelos bombeiros no APH na abordagem do acidentado

No que diz respeito as dificuldades encontradas pelos bombeiros no APH, os entrevistados referiram encontrar várias dificuldades, principalmente no que concerne aos recursos materiais e humanos e foram unanimes nas suas respostas.

“ Muitas vezes telefonamos para 130 pedindo ajuda não atendem e muitas vezes somos nos a fazer o papel dos enfermeiros no terreno. Mas ainda tem os curiosos que atrapalham o nosso trabalho e acabamos por perder tempo” B1

“ Tempo de resposta (somos sobrecarregados e não conseguimos dar resposta no tempo imediato); temos poucos recursos materiais e humanos principalmente no caso de mais que três acidentados, e também os curiosos em que somos sempre obrigados a chamar policia” B2

“(…) falta de recursos matérias necessários, os curiosos que não nos deixam trabalhar de forma adequada e também os recursos humanos, porque temos 2 bombeiros na prestação de socorro em que um é o condutor da ambulância” B3

“ (...) A nível de recursos humanos, materiais e curiosos, e no que diz respeito aos recursos humanos, muitas vezes recorremos aos mirantes porque a equipa é insuficiente” B4

“ Temos dificuldades em abordar a vítima quando temos os curiosos que nos impeçam de o fazer e a nível de recursos humanos e materiais temos muita carência, sendo que temos falta de profissionais qualificados para abordar acidentados e outros casos” B5

Permite a entrevistador concluir que a falta de recursos humanos neste serviço, neste caso os enfermeiros segundo os entrevistados, tem contribuído para que as assistências sejam de forma insuficiente e com menos eficiência.

Como já tinha referido o APH é constituído por uma equipa multidisciplinar, em que de acordo com a literatura pesquisada temos, bombeiros, enfermeiros, médicos e polícias. Mas em relação a Cabo Verde- São Vicente, na abordagem do acidentado de trânsito temos apenas bombeiros e polícias de trânsito.

Portanto foi pertinente realizar pelo menos duas entrevistas com dois polícias que trabalham na esquadra de trânsito, de modo a conhecer a visão dos policiais de trânsito na abordagem da vítima de acidente de viação.

Tabela 12:
Caraterísticas da população do estudo- Polícias de trânsito

Polícia de trânsito	Idade	Género	Estado Civil	Habilitação Académica	Tempo de atividade profissional	Tempo de atividade profissional na esquadra de trânsito
P1	[55-60[	Masculino	Divorciado	4ª Classe	31 Anos	25 Anos
P2	[50-55[	Masculino	Solteiro	Bacharel	16 Anos	07 Ano
P3	[40-45[	Feminino	Casada	Licenciatura em Direito	21 Anos	21 Anos
P4	[35-40[	Feminino	Solteira	Bacharel	15 Anos	15 Anos

Fonte: Elaboração própria.

Também aos policiais de trânsito entrevistados, foi caracterizada com os mesmos critérios dos enfermeiros e dos bombeiros, diferenciando no tempo de atividade profissional na esquadra de trânsito.

Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a população entrevistada é constituída por 4 policiais, sendo 2 são do género masculino e 2 do género feminino. Relativamente á faixa etária, a idade dos participantes está situada entre [35-60] anos, e em relação ao estado civil, pode-se verificar que o P1 é divorciado, o P2 e o P4 são solteiros e P3 é casada. E no que concerne a habilitação literária, o primeiro entrevistado tem 4ª classe e o segundo e o quarto tem o Bacharel e finalmente o terceiro tem licenciatura em direito. Em relação ao tempo de atividade profissional, como representado no quadro, temos 1

policial com 31 anos de serviço, o P2 com 16 anos, P3 com 21 ano e P4 com 15 anos de serviço.

E no que se refere ao tempo de atividade profissional na esquadra de trânsito, o P1 tem 25 anos a trabalhar neste departamento, o P2 com 7 anos e os dois últimos com tempo correspondente ao ano de atividade profissional.

Tendo em conta os objetivos do trabalho, torna-se pertinente falar de apenas as categorias que vão de encontro aos objetivos do estudo.

Categoria I- aspetos sobre abordagem do acidentado de trânsito e as causas desses acidentes.

Nesta categoria pretende-se saber como é abordado um acidente de trânsito, meios de transporte que tem causado maior número de vítimas e as causas desses acidentes. E em relação à questão de como é abordado um acidente de trânsito, o P1 responde que “ *o primeiro passo apos a alerta é saber se há feridos, caso se confirma, é fazer as diligências no sentido de transportar a (s) vítima (s) para o hospital o mais breve possível, acionando os bombeiros*”.

Enquanto que os entrevistados P2 P3 e P4 são unâmines nas suas respostas.

“(…) *após a alerta deslocamos imediatamente ao local, avaliamos a situação, acionamos os bombeiros, sinalizamos o local, afastamos os curiosos e efetuamos o teste de alcoolemia*”

Debruçando sobre as causas dos acidentes de viação, os entrevistados referiram que os acidentes de viação são causados na maioria das vezes por veículos motorizados. E as causas desses acidentes está associado ao excesso de velocidade, segundo os entrevistados.

“*Imprudência dos condutores, relacionado com excesso de velocidade e também pela falta de atenção dos peões em atravessar a rua*” **P1e P4**

“ *(...) As causas dos acidentes está associado ao excesso da velocidade, mas também por negligência dos peões que atravessam a faixa de rodagem sem tomar as necessárias precauções*”.**P2 e P3**

Categoria II- os atores interatuantes na abordagem Pré-hospitalar do acidentado de trânsito.

Relativamente a esta categoria deseja-se saber o que precisa ser feito por parte dos atores envolvidos nessa abordagem e como os serviços de saúde tem contribuído na situação acima citado. Em relação à primeira subcategoria, na opinião dos entrevistados por parte dos

policiais é sensibilizar os condutores e os peões no sentido de prevenção dos acidentes com mais rigor.

“É preciso a sensibilização dos condutores, dos peões e a fiscalização de trânsito com mais rigor” P1

“ Sensibilização nas escolas de condução a cumprir as regras e sinais de trânsito, reciclagem periodicamente dos condutores e cursos de condução defensiva para os condutores” P2 e P4

“ (...) reciclagem dos condutores, passar mais informações nas redes sociais sobre medidas de segurança nas estradas” P3

Categoria III- colaboração das estruturas de saúde na abordagem do acidentado de trânsito

No que concerne a esta categoria, pretende-se saber a participação da enfermagem nessa abordagem e relação dos policiais de trânsito tanto com os enfermeiros como com os bombeiros municipais. E os entrevistados classificam tanto o trabalho dos bombeiros como dos enfermeiros do BUA, como sendo excelentes, principalmente no caso de acidentados de trânsito.

“ Tanto os enfermeiros do BUA como os bombeiros tem desempenhado um papel fundamental na colaboração com a polícia nacional de trânsito, na descrição e resolução dos acidentes” P1e P3

“ (...) Essas entidades complementam o trabalho da polícia quando há situações do tipo (acidentes). Existe um estreita colaboração com essas instituições sempre qua há acidentes e acredito que trabalhamos em equipa mais com os bombeiros que os enfermeiros do BUA”P2 e P4

Portanto permite ao entrevistador dizer que numa abordagem do acidentado de trânsito em Cabo Verde, temos essas três entidades envolvidas nesse tipo de ocorrência acima referenciado. Segundo as pesquisas feitas pelo investigador, para além da fundamentação teoria por parte do socorrista, para o atendimento á vítima é preciso treinamento prático, dominando as técnicas e ter muita destreza nesse tipo de assistência, pois quando o socorrista não está o suficiente capacitado, o atendimento é prejudicado, pela demora.

Ainda o entrevistador ao analisar as respostas dos entrevistados relacionados com a questão de abordar um acidentado de trânsito em equipa, foi concluído que existe uma falta de comunicação entre as entidades envolvidas, no que concerne a utilização de uma linguagem mais técnica.

O trabalho em equipa só é possível, segundo Franco e Merhy (2003), “ quando os trabalhadores constroem uma iteração entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção de cuidados (...)”.

Os policiais entrevistados referem ter boas relações profissionais com os bombeiros e os enfermeiros do BUA, onde reconhecem a sua competência técnica. Os bombeiros entrevistados dividem opiniões em relação ao tipo de relação com os enfermeiros do BUA em que um diz ter boas relações com eles mas outros diz ter uma relação insuficiente, mas no que diz respeito aos policiais de trânsito todos compartilham da mesma opinião, como tendo boas relações com eles. E finalmente dos enfermeiros entrevistados a maioria refere ter uma relação muito fraca com os bombeiros no que concerne ao profissionalismo.

O APH, como um serviço pertencente não só à área da saúde, mas também à Câmara Municipal, Direção Geral de Segurança Rodoviária e também aos serviços de Administração Interna, tem sido muito pouco explorado a nível mundial, principalmente em relação a Cabo Verde. Pois das respostas obtidas pelos entrevistados ficou evidente a necessidade de profissionais de enfermagem na abordagem do acidentado de trânsito no APH na redução da morbimortalidade.

E como interpretação dos dados, temos um grande problema nessa abordagem trimodal do acidentado de trânsito no pré-hospitalar, sendo que a disciplina 1 (bombeiros) realizam atividades que não condiz ao perfil deles; a disciplina 2 (enfermeiros e médicos), não existe em Cabo Verde- São Vicente, e relativamente a disciplina 3 (policiais de trânsito), não temos a presença dos policiais de trânsito de forma sistemática nesta abordagem. Portanto precisamos de uma reestruturação do sistema APH.

Chegando nessa fase do trabalho, com base na questão levantada para esse estudo, permite o entrevistador afirmar que o objetivo desse estudo foi atingido. Considera-se necessário levantar discursões sobre o tema em estudo para que essa abordagem possa ser feita em uma equipa multidisciplinar, reservando à enfermagem as funções de dirigir, coordenar, planejar, prescrever, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem.

Considerações finais

A enfermagem é uma ciência que está sempre em evolução, buscando melhorar a prestação de cuidados e com o objetivo de aperfeiçoar as suas teorias e práticas, percorrendo trajetórias marcadas por diretrizes de uma sociedade cada vez mais exigente do ponto de vista profissional.

O atendimento pré-hospitalar á vítima de trauma, decorrente de acidente de trânsito, foco desse estudo, especificamente no que se refere ao perfil das ocorrências, possibilitou analisar a dinâmica das relações entre os atores envolvidas e a inserção. O desenvolvimento da modalidade de cuidado, no ambiente pré-hospitalar ao longo da história sempre esteve relacionado com períodos de guerras, campo de batalha, acompanhado de barcos, igrejas, entre outros. Historicamente são estas as origens do APH.

Após a análise de conteúdo da investigação, verificou-se a concordância entre os resultados obtidos, através das entrevistas em comparação á literatura pesquisada, explícita no capítulo referente ao estado de arte.

O serviço de BUA do HBS, constitui um campo muito vasto de intervenções de enfermagem. É onde são assistidos os utentes em estado crítico e isso faz com que haja mais exigência a nível de destreza, conhecimento técnico e científico, espírito de equipa e muitas vezes capacidade de decisão. E no decorrer da pesquisa verificou-se que o trauma constitui uma questão de saúde pública, considerada a primeira causa de morte nos jovens e assume a segunda causa de incapacidade.

No que diz respeito ao objetivo geral desse trabalho que é de caraterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidentes de trânsito, na cidade do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, é de realçar que o objetivo pretendido foi alcançado.

É de realçar ainda que ao iniciar este estudo, a investigadora, enquanto futura enfermeira, sentiu a necessidade de conhecer e avaliar as vítimas de trauma, naquela fase inicial da assistência, só que não foi possível, uma vez que não foi autorizada a presença física da pesquisadora dentro da ambulância no momento da ocorrência.

Mas contudo é importante frisar que foi com uma grande dedicação e esforço que realizei este trabalho, mesmo encontrando obstáculos em ter acesso a dados e aplicação das entrevistas, foi possível elaborar o trabalho, que por se tratar de um tema pertinente trará

ganhos para os serviços de saúde, na assistências á vitimas no ambiente pré-hospitalar. Mas também foram ultrapassadas com o empenho pessoal e colaboração e disponibilidade do orientador.

Relativamente á realização do ensino clinico do projeto pessoal em enfermagem clinica no serviço de urgência do HBS, foi muito significativo, no que diz respeito á perceção de conceitos, uma vez que permitiu um contato direto com o campo de pesquisa.

Ainda constatou-se na busca por trabalhos compatíveis com o objetivo do estudo que, apesar do significado número de artigos encontrados, a temática das atividades desenvolvidas pela enfermagem no APH ainda é muito pouco explorado. Mas a estes números reduzidos de artigos utilizado neste artigo evidencia que são necessários novos estudos sobre a participação do enfermeiro no local dos acidentes.

O presente trabalho constitui uma ferramenta na aquisição e aprofundamento de conhecimentos. A importância da atuação e da presença dos enfermeiros nas ocorrências foi destacada pelos autores, reforçando a necessidade de se desenvolver mais estudos sobre a enfermagem no ambiente pré-hospitalar, já que esses profissionais incontornáveis para a qualidade do atendimento a população.

Portanto permite ao investigador elaborar e apresentar as seguintes propostas:

Propostas do Estudo / Sugestões

- Aprimorar o diálogo entre os atores envolvidos no APH às vítimas de trauma, buscando uma integração que rompa as barreiras existentes, diminuindo assim a hierarquia que dificulta sempre o trabalho;
- Há que buscar uma forma de organização do serviço, de gestão e supervisão desse sistema, baseado na interdisciplinaridade;
- Sugere-se que construa um modelo que esteja centrado no trabalho em equipa, que não favoreça uma área mas que valoriza o APH como uma ação de saúde interdisciplinar;
- Ainda sugere-se que invista mais na formação de profissionais capacitados para atuar no APH, começando com os estágios curriculares de graduação em enfermagem;
- Restruturação de sistema do APH;
- Pelo menos um condutor-bombeiro a trabalhar no hospital;
- Operacionalização do 130.

Referências Bibliográficas

ALBINO,R.M. e RIGGENBACH,V.(2004). “Medicina de urgência- passado, presente, futuro”, *Associação Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, (33)3, p.15-17.

Disponível em:

<http://www.acm.org.br/evista/pdf/artgos/178.pdf>. Acesso em 12 de janeiro de 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS.NBR 10.697.(1989). *Pesquisa de Acidentes de Trânsito- terminologia*. Brasil.

AVELAR,V.L.L.M e PAIVA,K.C.M. (2010) Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. (63)6, p.1010-18 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167210000600022&lng=pt&nrm=iso

BERNARDES,A.et al. (2009).Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde*. Maringá. (8)1, p.79-85.

Disponível em:

<http://eduemajs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7778>

BRANDÃO,M.L.(2006). *Mediadores eletrônicos de velocidade. Uma visão da engenharia para sua implantação*. Anais do 2º Encontro de Engenharia e Tecnologia dos Campos Gerais: Desafios e Oportunidades. Ponta Grossa. Paraná.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.824, 24 de junho de 1999. Dispoe sobre a normatização do atendimento pré-hospitalar. *Diário Oficial da União*. Brasília. Disponível em

<http://www.saude.gov.br/doc/portarias/2000>

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.2048/GM de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*. Brasília. Disponível em

<http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislação/downloads/port2048.pdfportal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.2048,de 05de novembro de 2002. Dispõe sobre o atendimento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil*.. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento de Urgência-SAMU-192. Brasília.

BRASIL.(2006). *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras*. IPEA/DENATRAN/ANTP.Brasília.

BUENOS, A.A e BERNARDES, A. (2010). Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. *Texto e Contexto-Enfermagem*. Florianópolis. (19)1, p.45-53. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100005&lng=pt&nrm=iso

CANETTI, SANTOS, JÚNIOR, ALVAREZ. (1999). Manual de Socorro de emergência. São Paulo.

CARDOSO, T.A.O (2003). *Manual de Primeiros Socorro*, Brasil.

CICONET, R.M..(2008). In-service training for health professionals of the Mobile Emergency Care Service. Brasil. (12)26. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-28322008000300016&lng=pt&nrm=iso

COLLIÉRE, M.F. (2001), Cuidar... A primeira arte da vida, 2ª Editora; Loures Lusociência.

DALCIN, R.R e CAVAZZOLA, L.T. (2005). Serviço de assistência médica de urgência. In: NASI, L.A et al. Rotinas em pronto-socorro. Porto Alegre. 2ª Edição.

FILÓCOMO, F.R.F. et al. (2001). Estudos dos Acidentes na Infância em um Pronto Socorro Pediátrico. *Revista Latino Am.de Enfermagem*. (37)1, p.41-47.

FORTIN, Marie-Fabienne. (1999), O processo de Investigação: Da concepção a realização. Lusociência.

FORTIN, Marie-Fabienne. (2003), O processo de Investigação: Da concepção a realização. Lusociência.

FORTIN, Marie-Fabienne. (2009). Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusociência.

FRANÇA,J. (2003).Porque os acidentes ocorrem? Na visão da Engenharia de Tráfego. *Seminário Catarinense pela Preservação da Vida no Trânsito*. Florianópolis. Disponível em: <http://labtrans.ufsc.br/arquivos/palestras/francajr.pps> Acesso em : 26 de Janeiro de 2016

FRANCO,B.F e MERHY,E.E (2003).O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp, in: MERHY,E.E et al (2003). O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: capítulo 5.

FREIRE,E.C.S. (2001). Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: edição: Atheneu. (1), Capítulo 34.

GENTIL,R.C.(1997). Aspectos históricos e organizacionais de remoção aeromédica: a dinâmica da assistência de enfermagem. *Revista da escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. (31)3, p.452-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062341000300008&lng=pt&nrm=iso Acesso em 14 de janeiro de 2016

Gil A.G. (2008), Dados e técnicas de pesquisa social. 6º Edição. Editora Atlas S.A.

GONÇALVES, A.J. e RODRIGUES, J.M da S. (2001) Organização de sistemas e atendimento às urgências. In: FREIRE,E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo. Capítulo 36.

HESBEEN, W. (2001), Qualidade em enfermagem. Pensamentos e ação na perspectiva do Cuidado. Lusociência.

LAZAER, S.E (S/d).“Transporte Aéreo e Terrestre”. In SHEEHY Susan, (2001). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. 4ªedição, s/l Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.; Capítulo 16

LIMA,I.M.O et al. (2008). Texto para Discussão num.1344. Factores Condicionantes da Gravidade dos Acidentes de Trânsito nas Rodovias Brasileiras. IPEA: Brasília.

LOPES,S.L.B e FERNANDES,R.L.(1999). Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar.*Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP*. Ribeirão Preto, volume 32, nº4 p.381-87. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programa/samu/neupdf/revisao_atendimento.pdf. Acesso em 14 de Janeiro de 2016

LUOMA,J e SIVAK, M. (2007).Characteristics and availability of fatal road-crash databases in 20 countries worldwide. *Journal of Safety Research*. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V6F4NVKXY31/2/15ae8f4f7a9e14ee9bf574210bd89e914>

MALVESTIO,M.A e SOUSA,R.M.C. (2008). Acidentes de trânsito: caracterização das vítimas segundo o “Revised Trauma Score” medido no período pré-hospitalar. *Rev Esc. Enferm da USP*.(36)4, p.394-401.

MARTINI,A.C.T.(2001) “Atendimento pré-hospitalar”. In: BIROLINI,D.; UTIYAMA,E.; STEINMAN,E. Cirurgia de emergência com teste de auto-avaliação. São Paulo. Editora. Atheneu.

MATEUS, B.A. (2007), Emergência médica pré hospitalar. Que realidade. Lusociência.

MCCLOSKEY,J.C e BULECHEK,G.M.(org.).(2004). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Porto Alegre. Artmed. 3ª Edição.

MERLO,V.L (2009). A produção científica do papel do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar. Porto Alegre. Disponível em :
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24514/0000747142.pdf?sequenc>

NAING ,C. et al.(2007). Which Factors and situations for Human Functional Failures?. Disponível em: <http://www.trace-project.org/>. Acesso em: 25 de Janeiro de 2016

NÓBREGA, M.M.L e GARCIA, T.R (1992). *Uniformização da linguagem dos diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Sistematização das propostas do II SNDE*, Rio de Janeiro. João Pessoa

OLIVEIRA, R.A., NOREIA, N.B. (2010), urgência e emergência. TEC saúde/ Fundap.

PADILHA,M.I.C.S. e MANCIA,J.R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*.Brasília. (58)6, p.723-26.
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000600018&lng=en&nrm=iso Acesso em 16 de Janeiro de 2016

PAVELQUEIRES,S. (1997). Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial á vítimas de traumatismos. Ribeirão Preto.

PEREIRA,W.A.P e LIMA,M.A.D.S.(2006). Atendimento pré-hospitalar: caraterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paulista de Enfermagem*.São Paulo.(19)3, p.229-83. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0103-21002006000300004&lng=un&nrm=iso>

PEREIRA,W.A.P e LIMA,M.A.D.S.(2009). A organização tecnologica do trabalhono atendimento pré-hospitalar á vitima de acidente de trânsito. *Ciencia, Cuidado e Saude*. Maringá.(5)2, p.127-34. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5056/3287/7142>

PEREIRA,W.A.P e LIMA,M.A.D.S.(2009). O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar á vitima de acidentes de trânsito. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo.(43)2, p.320-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a10v43n2.pdf>

POLIT,D e HUNGLER,B.P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.

PORCIDES, A.J.(2006). Manual de Atendimento pré-hospitalar do corpo de Bombeiros do Paraná. Curitiba

PRODANOV,C.C e FREITAS,E.C (2013).Metodologia do Trabalho Cientifico: método e técnicas da pesquisa e do trabalho académico. 2ª Edição. Rio Grande do Sul.

PRUDENTE,P.M e GENTIL, R.C. (2005). Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras. *Revista de Enfermagem da UNISA*. (6), p.74-49.

Disponível em:<http://www.unisa.br/graduação/biológicas/enfer/revista/arquivos/2005-13.pdf>

QUIVY,R e CAMPENHOUDT, L.V. (2003). Manual de Investigação em Ciencias Sociais. Lisboa.

RAMOS,V.O e SANNA,M.C. (2005). A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: históricas e perspetivas atuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. (58)3,p.355-60. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167200500300020&lng=pt&nrm=iso Acesso em 16 de Janeiro de 2016

RETKA,N. (2005).SAMU-Maringá: caraterização dos atendimentos e participação do enfermeiro no processo do trabalho. Brasil.

ROCHA,P.K; PRADO,M.L; RADÛNZ, Vera; WOSNY,A.M. (2003). Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica.*Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília.(56)6, p.695-98. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000600022&lng=en&nrm=iso Acesso em 16 de Janeiro de 2016

RODRIGUES A.et al. (2007), Processo de formação na e para a prática de cuidados. Lusociência.

ROMANZINI,E.M e BOCK,L.F (2010). Conceções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. (18)2, p.105-12. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000200015&lng=en&nrm=iso>.

SANTOS,N e ANDRADE.R. (2011). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. (64)2, p.355-8. Disponível em: <http://www.gesepfepar.com/propedeutica/anamnese/anamnese.pdf>

SEIXA,P.H.D.A. (coord). (2010), Livro do aluno urgência e emergência. São Paulo-Fundap.

SHEEHY,S.(2001). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. 4ªedição, s/l Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.; Capitulo 22

SHEEHY.S (2011), *Enfermagem de urgência da teoria a prática*. 6ª Edição. Lusociência.

SILVA. et al.(2010).Aspetos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Brasil. (12)3, p.571-77.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12n3a23.htm>.

SILVA,L. et al.. (2005), O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser descoberta na enfermagem. (58), 473-474.70

SILVA,O.B.M (2014). Avaliação de Enfermagem. Anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Curitiba

SMITH,T. (1994). *Primeiros Socorros*. Editora do Minho

SOBRAL, P.H.A.F., SILVA, A.M.P., SANTOS, V.E.P., SANTOS,R.A.A., SANTOS,A.L.S. (2013),atuação de enfermagem em serviços de emergência: revisão sistemática. J.:Fundam. Care. (5)4 p. 396-07. Disponível em:

http://www.posgraduacaoredentor.com.br/hide/path_img/conteudo_5422e97aef92e.pdf

TAMBELLINI,A.T e OSANAI,C.H. (2001). Epidemiologia do trauma. In: FREIRE,E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo. Ed. Atheneu. p. 245-55

TARICCO,M.A e MANREZA,L.A.T. (2001). Traumatismo cranioencefálico e raquimedular. In BIROLINI, D; UTIYAMA,E e STEINMAN,E. Cirurgia de emergência com teste de auto-avaliação. São Paulo. Editor. Atheneu.

THOMAZ,R.R e LIMA,F.V. (2000). Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. (13)3. p.59-65

URDEN, L.D; STACY,K.M e LOUGH,M.E (2008). Thelan`s Enfermagem de Cuidados Internos: Diagnóstico e Intervenção- 5ª Edição, Lusodidacta. Capítulo 22

WHITAKER,I.Y; GUTIERREZ,M.G.R; KOIZUMI,M.S. (1998). Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo*. (44)2, p.111-9 Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167200500300020&lng=pt&nrm=iso

Sites consultados

- <http://www.ine.cv/>
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- <http://www.oms.cv/>

Apêndices

Apêndice I: Guia de entrevista dirigida aos enfermeiros do BUA do HBS

Roteiro para entrevista

Grupo I – Caracterização Geral:

Sexo:

Estado civil:

Habilitações Literária:

Tempo de atividade profissional:

Tempo de atividade profissional na unidade de urgência:

Grupo II- aspetos gerais sobre atendimento pré-hospitalar e traumas:

1. O que entendes por atendimento pré-hospitalar?
2. Como defines um utente com trauma?
3. Após receberes um utente com trauma no hospital, quais são as intervenções de enfermagem inicialmente realizadas?

Grupo III- aspetos sobre a unidade de Urgência:

1. Na sua opinião o serviço de banco de urgência do HBS dispõe de um espaço físico apropriado para o atendimento de um acidentado de trânsito com trauma?
2. O serviço dispõe de todos os recursos humanos e necessários adequados para prestar assistência a um acidentado de trânsito com trauma?
3. Quem é a equipa responsável para fazer chegar a vítima no hospital?
4. Que tipo de relação os enfermeiros tem com os bombeiros?
5. Ao longo do processo do atendimento a um acidentado de trânsito com trauma sente alguma dificuldade? Quais são?
6. Se sim, que estratégias utilizas para as ultrapassar?
7. Que informações são recolhidas pelos bombeiros e que facilitam a sua triagem?
8. O serviço se dispõe da lista de guarda dos bombeiros?
9. Como vês o trabalho dos bombeiros?
10. O hospital oferece aos enfermeiros da urgência, cursos de atualização sobre traumatismos e do suporte básico de vida?
11. Tem algo mais a acrescentar sobre este assunto que não lhe tenha perguntado

Apêndice II: Guia de entrevista dirigida aos Bombeiros Municipais de São Vicente

Guião de entrevista

Grupo 1- Caracterização geral

Sexo:

Estado civil:

Habilitações Literárias:

Tempo de atividade profissional:

Tempo de atividade profissional na unidade De corpo de Bombeiros:

Grupo 2- Aspectos sobre o atendimento pré-hospitalar (APH)

- 1- Quando você começou a trabalhar em APH e porquê?
- 2- Como é prestado o atendimento?
- 3- Como é o seu trabalho? O que você faz? Fale sobre as atividades que você realiza?
- 4- Como você vê o seu trabalho?
- 5- Que outros profissionais trabalham na equipe?
- 6- Como é a integração? Como organizam o trabalho?
- 7- Como são as relações com outros profissionais para realizar o trabalho no APH?
- 8- Qual a finalidade do trabalho realizado no APH?
- 9- Que tipo de conhecimento é necessário para realização do seu trabalho?
- 10- Como vê a participação da enfermagem no APH?
- 11- Quais as dificuldades encontradas no APH?

Muito obrigada pela sua colaboração

Zemira Dinis

Apêndice III: Guia de entrevista dirigida aos Policiais de Trânsito

Guião de entrevista

Grupo 1- Caracterização geral

Sexo:

Estado civil:

Habilitações Literária:

Tempo de atividade profissional:

Tempo de atividade profissional na Policia Nacional:

Grupo 2- Aspectos sobre o atendimento pré-hospitalar (APH)

- 1- Como é abordado um acidente de trânsito?
- 2- Que meio de transporte terrestre tem causado maior número de vítimas?
- 3- Até que ponto os serviços de saúde tem contribuído para que haja uma boa estabilização das vítimas?
- 4- Qual o papel da Policia Nacional, diferenciando das outras entidades nesse contexto?
- 5- Na sua perspetiva, o que está em causa desses acidentes?
- 6- Quais são os recursos humanos e físicos necessários para a recolha desses parâmetros?
- 7- Em que meio urbano ou rural tem-se registados maior número de acidentes de trânsito?
- 8- O que precisa ser feito para que essa situação se estabilize, tendo em conta que são vários atores interatuantes?
- 9- A colaboração dos enfermeiros e dos bombeiros com a Policia Nacional na descrição dos acidentes completaria o dossier?

Muito obrigada pela sua colaboração

Zemira Dinis

Apêndice IV- Consentimento Informado



Licenciatura em Enfermagem – 4º Ano
Trabalho de Conclusão do curso

CONSENTIMENTO INFORMADO

Zemira do Rosario Dinis, estudante número 2835, do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, lecionada na Universidade do Mindelo, vem por este meio, mui respeitosamente, solicitar o seu consentimento informado para participar do trabalho de pesquisa, cujo tema é:” Gestão do acidentado de trânsito, a pertinência de um enfermeiro Urgentista no pré-hospitalar”.

O Objetivo da pesquisa será a obtenção do título do grau de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo. A sua participação será muito importante e ela procederá da seguinte forma: uma entrevista individual sobre o referido tema em estudo, sendo que a coleta das informações será feito através de um gravador, no momento exato da entrevista.

Aproveitamos para esclarecer que a sua participação é voluntaria, podendo o senhor (a), recusar-se a participar, ou mesmo desistir da entrevista em qualquer momento. Lembrando ainda que o senhor (a) não pagará qualquer custo e nem será remunerado pela sua participação. Todas as informações recolhidas, serão utilizadas somente para os fins desta investigação e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os registos gravados serão confiscados por mim e por fim quando utilizados, serão eliminados.

O termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue ao Senhor (a).

Caso tenha duvidas não hesite em contactar-nos pelo telemóvel 9752129.

Diante do exposto, eu _____ de _____ anos de idade, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo participar, por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, ____ de _____ de 2016.

/Investigador (a)/

Apêndice V: Requerimentos

A comissão de ética deve aprovar.
01/04/2016
Dr. Sandra Vasconcelos
01/04/2016

Exma. Sra. Diretora
Hospital Baptista de Sousa
Dr.ª Sandra Vasconcelos
Mindelo, Março de 2016

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informações.

Zemira do Rosário Dinis, Nº 2835, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso, cujo tema "*Gestão do acidentado de trânsito, a pertinência de um enfermeiro Urgentista no pré-hospitalar*", vem por esta via solicitar a autorização da vossa Excelência para recolha de informações junto aos Enfermeiros do serviço de Banco de Urgência do Adulto do Hospital Baptista de Sousa.

O objetivo geral, prende-se em caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidente de trânsito, na cidade do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, enfatizando a importância de estabilizar e condicionar vítima pela ação dos Enfermeiros. E os específicos: Conhecer o perfil das ocorrências no atendimento pré-hospitalar da cidade do Mindelo, caracterizando as decorrentes de trauma por acidente de trânsito; Identificar as atividades realizadas pela equipa de atendimento (Enfermeiros, Bombeiros e Polícia de trânsito) à vítima no pré-hospitalar e ainda caracterizar a organização da abordagem do trabalho, e as relações entre os atores no atendimento pré-hospitalar à vítima.

É de salientar que o estudo é de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, com a realização de entrevistas semi-estruturadas devidamente validadas para o efeito, garantindo todos os princípios éticos.

Pede-se deferimento.

Zemira do Rosário Dinis
01/03/16
01/04/2016

Aprovação pela Comissão de Ética
01/03/16
Coordenação do Curso

Zemira do Rosário Dinis, chã de Crique, São Vicente
Contactos: Telemovel: 975-21-29 Email: zemiradins7@hotmail.com

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 410-2013/15
O Funcionário
11/04/2016

01/04/2016
Zemira do Rosário Dinis
01/04/2016

Exmo. Sr. Comandante da Polícia Nacional
Comando Regional de São Vicente
Comandante Alcides da Luz
Mindelo, Abril de 2016

Assunto: solicitação de disponibilidade de dados estatísticos.

Zemira do Rosário Dinis, Nº 2835, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso, cujo tema "*Gestão do acidentado de trânsito, a pertinência de um enfermeiro Urgentista no pré-hospitalar*", vem por esta via solicitar a vossa Excelência se digne disponibilizar dados estatísticos de acidentados de trânsito, com veículos motorizados, ocorridos em São Vicente.

O objetivo geral, prende-se em caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidente de trânsito, na cidade do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, enfatizando a importância de estabilizar e condicionar vítima pela ação dos Enfermeiros. E os específicos: Conhecer o perfil das ocorrências no atendimento pré-hospitalar da cidade do Mindelo, caracterizando as decorrentes de trauma por acidente de trânsito; Identificar as atividades realizadas pela equipa de atendimento (Enfermeiros, Bombeiros e Polícia de trânsito) à vítima no pré-hospitalar e ainda caracterizar a organização da abordagem do trabalho, e as relações entre os atores no atendimento pré-hospitalar à vítima.

É de salientar que o estudo é de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, com a realização de entrevistas semi-estruturadas devidamente validadas para o efeito, garantindo todos os princípios éticos.

Pede-se deferimento.

01/04/2016
07-04-16
07-04-16
07-04-16

Zemira do Rosário Dinis
07-04-16
Coordenação do Curso

Zemira do Rosário Dinis, chã de Crique, São Vicente
Contactos: Telemovel: 975-21-29 Email: zemiradins7@hotmail.com



Exmo. Sr. Comandante de Bombeiros
Bombeiros Municipais de São Vicente
Comandante Jorge Leite
Mindelo, Abril de 2016

Assunto: solicitação de disponibilidade de dados estatísticos.

Zemira do Rosário Dinis, N.º 2835, estudante do 4.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso, cujo tema "*Gestão do acidentado de trânsito, a pertinência de um enfermeiro Urgentista no pré-hospitalar*", vem por esta via solicitar a vossa Excelência se digne disponibilizar dados estatísticos de acidentados de trânsito, socorridos pelos bombeiros e a sua consequente hospitalização, ocorrido em São Vicente.

O objetivo geral, prende-se em caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidente de trânsito, na cidade do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, enfatizando a importância de estabilizar e condicionar vítima pela ação dos Enfermeiros. E os específicos: Conhecer o perfil das ocorrências no atendimento pré-hospitalar da cidade do Mindelo, caracterizando as decorrentes de trauma por acidente de trânsito; Identificar as atividades realizadas pela equipa de atendimento (Enfermeiros, Bombeiros e Polícia de trânsito) à vítima no pré-hospitalar e ainda caracterizar a organização da abordagem do trabalho, e as relações entre os atores no atendimento pré-hospitalar à vítima.

É de salientar que o estudo é de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, com a realização de entrevistas semi-estruturadas devidamente validadas para o efeito, garantindo todos os princípios éticos.

Pede-se deferimento.

/Discente/
Zemira do Rosário Dinis

Zemira do Rosário Dinis, chã de Crique, São Vicente
Contactos: Telemovel: 975-21-29 Email: zemydinis7@hotmail.com

UNIV. DO CABO VERDE
/Coordenação do Curso/
Sueley Reis
07-04-16.

Definido
O Co. L.T.
06.06.2016

Exmo. Sra. Delegada de Aviação e Segurança Rodoviária
Direção Geral de Transporte Rodoviária
Dr.ª Sandra Rodrigues
Mindelo, Maio de 2016

Assunto: solicitação de disponibilidade de dados estatísticos.

Zemira do Rosário Dinis, n.º 2835, estudante do 4.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso, cujo tema "*Gestão do acidentado de trânsito, a pertinência de um enfermeiro Urgentista no pré-hospitalar*", vem por esta via solicitar a vossa Excelência que se digne disponibilizar dados estatísticos em relação ao número de viaturas motorizadas existente em Cabo Verde (carros e motos), e se possível que seja correspondente a cada ilha.

O objetivo geral, prende-se em caracterizar o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrentes de acidente de trânsito, na cidade do Mindelo em São Vicente, no que se refere ao perfil das ocorrências, enfatizando a importância de estabilizar e condicionar vítima pela ação dos Enfermeiros. E os específicos: Conhecer o perfil das ocorrências no atendimento pré-hospitalar da cidade do Mindelo, caracterizando as decorrentes de trauma por acidente de trânsito; Identificar as atividades realizadas pela equipa de atendimento (Enfermeiros, Bombeiros e Polícia de trânsito) à vítima no pré-hospitalar e ainda caracterizar a organização da abordagem do trabalho, e as relações entre os atores no atendimento pré-hospitalar à vítima.

Zemira do Rosário Dinis
/Discente/

Sueley Reis
/Coordenação do Curso/



Zemira do Rosário Dinis, chã de Crique, São Vicente
Contactos: Telemovel: 975-21-29 Email: zemydinis7@hotmail.com

